



Waardigheid  
en trots

# Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex

Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en trots

Hester van de Bovenkamp,  
Annemiek Stoopendaal,  
Marianne van Bochove,  
Huib Hoogendijk,  
Roland Bal

Erasmus School of Health Policy & Management  
Zorgbelang Zuid-Holland



[www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl)



Waardigheid  
en trots

Erasmus School of  
Health Policy  
& Management



belang

**Zuid-Holland**

*patiënten en consumenten platform*

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	4
1 Inleiding .....	6
1.1 Regeldruk .....	6
1.2 Onderzoeksvragen .....	7
2 Inzichten uit de wetenschappelijke literatuur .....	9
2.1 De zorgrelatie en persoonsgerichte zorg .....	9
2.2 Regeldruk .....	11
2.3 Mogelijke oplossingen .....	12
3. Methoden .....	15
3.1 Onderzoek in zorginstellingen: vier case studies .....	15
3.2 Algemene ronde dataverzameling .....	19
4. Resultaten .....	21
4.1 Regeldruk .....	21
4.2 Regeldruk en persoonsgerichte zorg .....	32
4.3 Experimenteerruimte: op zoek naar passende regels .....	47
4.4 Nieuwe knelpunten .....	65
5. Conclusie .....	71
5.1 Onderzoeksvragen .....	71
5.2 Aanbevelingen en implementatie praktijk .....	75
5.3 Verdere benodigde kennisontwikkeling .....	77
Literatuurlijst .....	79

## Voorwoord

*‘Wie heeft deze prachtige inkepingen in dit lepeltje gemaakt?’ vroeg mijn dementerende oma, terwijl ze naar een vorkje keek. (Laura van Dolron, stand-up filosofe, bijeenkomst *Radicale Vernieuwing* 14-3-2018)*

Soms zijn de dingen anders dan je verwacht. In de ouderenzorg gebeurt er veel anders dan je verwacht. Daarom kun je er maar beter gaan kijken. We hebben veel verrassende dingen gezien en gehoord. De liefdevolle zorg voor ouderen heeft ons geraakt. Deze omgeving waar niets vanzelfsprekend is vraagt om een waarderende observatie van ongebruikelijke problemen om gezamenlijk te komen tot beter passende zorg en regelgeving.

In dit rapport beschrijven we de resultaten van ons onderzoek naar het thema *Persoonsgerichte zorg, Regeldruk en Regelruimte*, onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en trots. Voor deze studie deden we kwalitatief onderzoek in verschillende ouderenzorgorganisaties en spraken we met een brede variëteit aan partijen die met dit thema aan de slag zijn. We willen al onze respondenten die ons inzicht hebben geboden in de praktijk van ouderenzorg heel hartelijk bedanken voor hun medewerking. Onze dank gaat vooral uit naar de zorgorganisaties en zorgmedewerkers die bereid waren ons mee te laten kijken in hun praktijk. We zagen daarbij veel interessante initiatieven om de ouderenzorg meer persoonsgericht te maken en daarvoor de benodigde regelruimte te creëren. Dit is geen gemakkelijk proces, maar de onderzochte praktijken laten zien dat er mooie resultaten mee kunnen worden behaald. We hopen dat de inzichten uit ons onderzoek deze trend verder kunnen ondersteunen.

De samenwerking in het kennisprogramma van Waardigheid en trots gaf ons steun en de mogelijkheid inzichten te delen. Carina Pittens en Mirella Minkman danken we voor het organiseren van deze uitwisseling. De begeleidingscommissie danken wij voor hun betrokkenheid en behulpzame vragen.

We hebben twee aanpassingen gedaan in de onderzoeksopzet zoals we die oorspronkelijk hadden voorzien. Ten eerste zijn we overgestapt van de titel *Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte*, naar de titel *Persoonsgerichte zorg, Regeldruk en Regelruimte*. Dit hebben we gedaan omdat we gaandeweg het onderzoek tot de conclusie kwamen dat het lastig is te spreken over eigen regie van bewoners in de verpleeghuiszorg. Het feit dat bewoners die in het verpleeghuis komen er tegenwoordig slechter aan toe zijn dan in het verleden draagt hieraan bij. Bij veel bewoners van verpleeghuizen kan van

‘eigen regie’ maar beperkt sprake zijn. Het citaat waar dit voorwoord mee begint laat dit ook zien. Dit neemt niet weg dat de zorg beter aan kan sluiten bij de wensen en behoeften van bewoners. We hebben daarom voor de term persoonsgerichte zorg gekozen en gekeken op welke manier in de ouderenzorg wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg door deze persoonsgerichter te maken.

Ten tweede ging de oorspronkelijke opzet uit van actie-onderzoek. Hoewel we tijdens het onderzoek steeds in contact hebben gestaan met de onderzochte praktijken, is van actie-onderzoek (in de zin van het samen met de instellingen werken aan verbeteringen) geen sprake geweest. Dit komt omdat in zowel de onderzochte instellingen als de partijen daaromheen, denk aan de IGJ, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties, al heel veel actie plaatsvindt op het gebied van persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte. Het onderzoeken van en reflecteren op de bestaande actie was volgens ons waardevoller dan het doen van voorstellen voor nieuwe actie. Bovendien bleek al snel dat het creëren van regelruimte zich niet concentreert in een enkele concrete interventie; regels moeten gezien worden als netwerken waar veel werk voor nodig is om ze aan te passen. We hebben er daarom voor gekozen een breed en diepgaand inzicht in deze netwerken te bieden. Op deze manier konden lessen worden getrokken die recht doen aan de complexiteit van het thema persoonsgerichte zorg en regeldruk en daarmee ons inziens de meeste toegevoegde waarde hebben voor partijen die in de ouderenzorg en daarbuiten bezig zijn met het creëren van regelruimte om de zorg persoonsgerichter te maken.

We hopen dat de lessen en voorbeelden die we in dit rapport aandragen voor velen een inspiratie kunnen zijn.

Hester van de Bovenkamp

Annemiek Stoopendaal

Marianne van Bochove

Huib Hoogendijk

Roland Bal

## 1 Inleiding

Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg staat volop in de belangstelling. De laatste jaren is er veel publiek en politiek debat gevoerd over de noodzaak de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen te verbeteren. Aandacht voor kwaliteit van zorg in deze sector is echter niet nieuw. Zo zijn er al verschillende nationale kwaliteitsprogramma's geweest die het doel hadden de kwaliteit in de ouderenzorg te verbeteren. Te denken valt aan *Zorg voor Beter* en *In voor zorg!*. Het landelijke verbeterprogramma *Waardigheid en trots* en het project *Radicale Vernieuwing Verpleeghuiszorg* passen in dit rijtje. *Waardigheid en trots* is in 2016 gestart en is er op gericht de houdbaarheid en kwaliteit van de ouderenzorg te versterken ([www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl)). Binnen het programma werken verzorgings- en verpleeghuizen aan het verbeteren van de kwaliteit van de door hen geboden zorg.

### 1.1 Regeldruk

Een veelbesproken probleem in de ouderenzorg is het probleem van regeldruk. Dit geldt overigens niet alleen voor de ouderenzorg; regeldruk is een breed gevoelde ergernis in de zorg (zie bijvoorbeeld [www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg](http://www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg)). Regels zouden het leveren van goede kwaliteit van zorg in de weg staan. Zo kost het voldoen aan regels, die veelal gepaard gaan met administratieve lastendruk, veel tijd. Tijd die niet besteed kan worden aan de directe zorgverlening. Bovendien zouden regels de ruimte voor persoonsgerichte zorg inperken (Van de Bovenkamp, Stoopendaal et al. 2017), terwijl persoonsgerichte zorg een belangrijk speerpunt geworden is in de ouderenzorg en daarbuiten. Het idee is dat goede kwaliteit van zorg staat of valt met de mate waarin de zorg afgestemd wordt op de individuele wensen van cliënten en hun familieleden (Van de Bovenkamp en De Bont 2016).

Hoewel er vaak in negatieve zin over regels wordt gesproken en de oplossing simpel lijkt – regels moeten worden geschrapt – is het 'probleem' van regeldruk minder eenduidig dan het lijkt. Zo is niet altijd duidelijk waar regeldruk precies uit bestaat (Meurs 2014). Er is een grote variëteit aan regels; te denken valt aan wetgeving rondom kwaliteit van zorg, richtlijnen van de beroepsgroep, regels van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), eisen van zorgverzekeraars en afspraken tussen zorgverleners in een organisatie. Ook bredere normen die in de zorg belangrijk worden gevonden, zoals het belang van veiligheid en participatie van cliënten, spelen een rol. Het is belangrijk te realiseren dat veel van deze regels een nuttige functie vervullen. Richtlijnen van zorgprofessionals



leveren vaak een bijdrage aan goede kwaliteit van zorg, afspraken tussen zorgverleners stroomlijnen de samenwerking en de normen van de IGJ zijn van belang om een minimumniveau van kwaliteit van zorg te garanderen. Regels hebben ook het doel van publieke verantwoording: zij komen tegemoet aan de maatschappelijke roep om verantwoording van zorgverleners en organisaties over hun handelen en de geboden kwaliteit van zorg. Regels kunnen daarnaast in theorie een bijdrage leveren aan het mogelijk maken van persoonsgerichte zorg: te denken valt aan het voorschrijven van een zorgleefplan met bewoners en familie op te stellen.

Regels kunnen echter wel degelijk voor problemen zorgen. Zo lijken regels en persoonsgerichte zorg in algemene zin een problematische combinatie. Het vormgeven van persoonsgerichte zorg vraagt immers aandacht voor de zorgrelatie en individuele wensen en behoeften van cliënten. Waar regels er vaak op gericht zijn werk te standaardiseren om ongewenste variatie te voorkomen, is voor persoonsgericht werken juist flexibiliteit en variatie nodig om aan te kunnen sluiten bij de keur aan wensen van cliënten (van Loon 2015). Mol e.a. beschrijven daarom het zoekende proces dat zorg verlenen is ook wel als ‘knutselen’ (*tinkering*) (Mol, Moser et al. 2010). Zij doelen daarmee op de noodzaak om verschillende, vaak strijdende waarden af te wegen en creatief bij elkaar te brengen om zo goede zorg te maken. Dit maakt dat zorgverleners regelruimte nodig hebben om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. Zij moeten kunnen steunen op richtlijnen, maar er ook vanaf kunnen wijken als zij merken dat de regels de creativiteit die nodig is beperken. Om dit goed te kunnen doen zijn vaak nieuwe regels nodig: afspraken om af te mogen wijken van bestaande regels, te maken met zowel zorgbestuurders als externe partijen zoals de IGJ en zorgkantoren. Regels afschaffen is daarom ook niet altijd de gewenste oplossing; in de woorden van Pauline Meurs gaat het veel meer om het maken van ruimte voor ‘passende regels’ (Meurs 2014). In dit rapport doen we verslag van ons onderzoek naar *persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte* in de ouderenzorg om zo een bijdrage te leveren aan deze zoektocht naar passende regels.

## 1.2 Onderzoeksvragen

In het onderzoek stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

(1) *Welke betekenis wordt in de ouderenzorg gegeven aan regeldruk?*

(2) *Welke problemen levert regeldruk op met het mogelijk maken van persoonsgerichte zorg?*

*(3) Op welke manier kan regelruimte worden gecreëerd om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken en te voldoen aan de eis van publieke verantwoording?*

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we onderzoek gedaan in de ouderenzorg door middel van: een literatuurstudie (zie ook onze eerdere publicatie: Van de Bovenkamp, Stoopendaal et al. 2017), interviews en observaties in vier ouderenzorginstellingen, een ronde interviews met actoren in het veld die te maken hebben met de problematiek van regeldruk in de ouderenzorg en observaties van nationale discussies over regeldruk. In het volgende hoofdstuk staan we eerst kort stil bij de inzichten die we hebben vergaard in de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 zetten we de methoden die we hebben gebruikt voor het empirisch onderzoek uiteen. In hoofdstuk 4 bespreken we de resultaten van dit empirisch onderzoek. In hoofdstuk 5 sluiten we af met een conclusie en discussie waarin we ingaan op lessen die kunnen worden getrokken om het probleem van regeldruk in de ouderenzorg aan te pakken.



## 2 Inzichten uit de wetenschappelijke literatuur<sup>1</sup>

In dit rapport maken we gebruik van de wetenschappelijke inzichten die voortkomen uit de literatuurstudie van de eerste fase van ons onderzoek. Dit literatuuronderzoek bestond uit drie delen. Ten eerste is literatuur bestudeerd die gaat over de zorgrelatie en persoonsgerichtheid in de verpleeghuiszorg om zo meer zicht te krijgen op wat volgens bewoners van belang is in deze zorg. Daarnaast is literatuuronderzoek uitgevoerd naar het thema regeldruk om zo meer inzicht te krijgen in wat we onder dit thema moeten verstaan, wat de ervaringen zijn binnen de ouderenzorg en welke oplossingen worden aangedragen om met het thema regeldruk om te gaan. Om deze oplossingsrichtingen verder uit te werken zijn tot slot verschillende theoretische inzichten gebruikt die gaan over mogelijkheden om regeldruk tegen te gaan. Dit betrof literatuur over positieve deviantie en experimentele sturing. De inzichten uit deze studies worden in dit hoofdstuk kort besproken en vormen het kader voor het empirische deel van de studie.

### 2.1 De zorgrelatie en persoonsgerichte zorg in de ouderenzorg

Studies naar de zorgrelatie in de ouderenzorg benadrukken het belang van persoonsgerichte zorg als onderdeel van kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners (Bolmsjö, Sandman et al. 2006, Jonas-Simpson, Mitchell et al. 2006, McGilton en Boscart 2007, Westin en Danielson 2007, Wilson 2008, Brown Wilson 2009, Perry 2009, Wilson en Davies 2009, Wilson, Davies et al. 2009, Cook en Brown-Wilson 2010, Nakrem, Vinsnes et al. 2011, Abma, Bruijn et al. 2012, Palacios-Ceña, Losa-Iglesias et al. 2014). Via deze relatie kan de zorg meer persoonsgericht worden gemaakt.

Verschillende typen zorgrelaties spelen een rol in de ouderenzorg. Voor ons thema is het onderscheid tussen functionele en persoonlijke relaties van belang (Wilson 2008, Wilson, Davies et al. 2009, Ryvicker 2011, Banerjee, Armstrong et al. 2015). Bij het uitvoeren van fysieke en praktische zorgtaken staat de functionele relatie centraal. De persoonlijke relatie is vooral van belang voor het sociaal welbevinden van bewoners en het creëren van een gevoel van thuis. Overigens lopen deze relaties in de praktijk door elkaar heen. Ook tijdens het uitvoeren van fysieke praktische zorgtaken kan er aandacht zijn voor het sociaal welbevinden van de bewoner en aandacht worden besteed aan de

---

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is een sterk verkorte weergave van het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd in de eerste fase van dit onderzoek, zie daarvoor Van de Bovenkamp, Stoopendaal, Oldenhof en Bal (2017) en Van de Bovenkamp, Stoopendaal, Oldenhof, Van Bochove en Bal (2017).

persoonlijke relatie (Pols 2004). Gezien het karakter van de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen is vooral de persoonlijke relatie van belang, aldus de studies die we hebben gevonden. De reden hiervoor is dat de instelling niet alleen de plek is waar zorg wordt verkregen maar ook het nieuwe thuis van bewoners is geworden.

Wat betreft persoonsgerichte zorg wordt benadrukt dat het belangrijk is dat bewoners kunnen meebeslissen, ze serieus worden genomen, naar ze wordt geluisterd en ze worden gezien als persoon (Jonas-Simpson, Mitchell et al. 2006, Slettebø 2006, Westin and Danielson 2007, Wilson, Davies et al. 2009, Svanstrom, Johansson Sundler et al. 2013, Palacios-Ceña, Losa-Iglesias et al. 2014). Daarbij is aandacht voor 'het kleine' van groot belang, zoals rekening houden met de kleding die bewoners graag dragen, een liedje zingen als iemand daar kalm van wordt of het voeren van de vogels als mensen dat altijd graag deden. Deze 'kleine kwaliteit' heeft een grote impact op de kwaliteit van leven van bewoners (Trappenburg, Schillemans et al. 2009). Voor sommige bewoners is het daarnaast belangrijk dat ze de dingen die ze nog zelf kunnen ook zelf blijven doen (Nakrem, Vinsnes et al. 2011, Abma, Bruijn et al. 2012).

In de literatuur wordt beschreven dat het niet altijd lukt om deze persoonsgerichte zorg te leveren. Een belangrijk punt dat wordt genoemd is tijdsdruk (Bolmsjö, Sandman et al. 2006, McGilton en Boscart 2007, Westin en Danielson 2007, Perry 2009, Cook en Brown-Wilson 2010, Chung 2013, Svanstrom, Johansson Sundler et al. 2013, Lopez 2014, Banerjee, Armstrong et al. 2015, Næss, Fjær et al. 2016). Omdat zorgverleners de neiging hebben functionele taken te prioriteren schiet aandacht voor de persoonlijke relatie er onder tijdsdruk snel bij in (Perry 2009, Cook en Brown-Wilson 2010, Custers, Westerhof et al. 2012, Chung 2013, Palacios-Ceña, Losa-Iglesias et al. 2014, Banerjee, Armstrong et al. 2015).

Regels kunnen persoonsgerichte zorg op verschillende manieren in de weg staan. Enerzijds zorgen regels voor registratiedruk en dragen zo bij aan het hierboven beschreven probleem van tijdsdruk (Bland 2007, Banerjee, Armstrong et al. 2015). Anderzijds sturen regels de zorg op een manier die tegen persoonsgerichte zorg ingaat. Inhoudelijk zijn veel regels namelijk gefocust op de functionele zorg, wat de neiging versterkt om juist daar aandacht aan te besteden. Dit heeft er ook mee te maken dat veel regels gericht zijn op wat zichtbaar is of wat zichtbaar kan worden gemaakt (zorguitkomsten die te registreren en monitoren zijn). Wat zichtbaar kan worden gemaakt hoeft echter niet overeen te komen met wat bewoners willen. Bovendien is de persoonlijke relatie niet makkelijk te vangen in de reductionistische aanpak van veel metingen (Banerjee, Armstrong et al. 2015).

## 2.2 Regeldruk

De literatuur over regeldruk geeft meer inzicht in het thema en biedt zo handvatten om iets aan de problemen rondom regeldruk te doen. Deze literatuur laat zien dat het belangrijk is om te verhelderen waar we het precies over hebben als we praten over regeldruk. Niet iedere regel levert ook regeldruk op. Regels kunnen worden opgevat als:

*“norms, regulations, procedures and expectations that regulate individual behavior in organizations.”* (Brewer 2010: 418)

Deze regels kunnen van belangrijke toegevoegde waarde zijn in de zorg. Zo kunnen publieke verantwoording, gelijkheid en kwaliteit van zorg er mee worden geborgd (Braithwaite 2001, Brewer en Walker 2010). Regels worden problematisch als het idee ontstaat dat ze niet bijdragen aan het doel van de organisatie, in het geval van het thema van deze rapportage is dat doel: goede kwaliteit van ouderenzorg. Het gaat dan om:

*“rules, regulations and procedures that entail a compliance burden but do not achieve the functional objectives of the organizations.”* (Bozeman en Anderson 2016: 737-738)

Om iets te doen aan het probleem van regeldruk is het dus belangrijk om onderscheid te maken tussen functionele en niet-functionele regels. Dit is echter niet altijd even makkelijk te bepalen. Voor de een kan een regel functioneel zijn voor het uitvoeren van zijn rol, terwijl de ander het nut er niet van inzielt. Ook is de functionaliteit van regels afhankelijk van tijd en plaats: een regel die van toegevoegde waarde was, hoeft dat niet te blijven (Bozeman in Brewer 2010).

Regels worden ook als problematisch ervaren als er te veel van zijn, ze elkaar tegenspreken of niet duidelijk zijn (Robben, Bal et al. 2012, Weggelaar-Jansen, Van de Bovenkamp et al. 2016). Deze veelheid aan regels wordt veroorzaakt door het feit dat nieuwe regels vaak niet zozeer in plaats van, maar bovenop de oude komen. Bovendien bestaat de neiging om steeds weer nieuwe regels te introduceren om vat te krijgen op de zorg. Ten Bos (2015) benadrukt het vreemde karakter van bureaucratie in dit kader: iedereen lijkt een afkeer te hebben van regels, maar toch krijgen we er steeds meer van. Zeker in het geval van incidenten in de zorg zien we een regelreflex. Regels worden dan ingezet om controle te krijgen op de praktijk (Robben, Bal et al. 2012). Deze regelreflex zet een dynamiek in werking die de gevoelde regeldruk verder verhoogt. Ten eerste leiden de ‘misstanden’ tot meer regels die leiden tot meer controle. Ten tweede worden deze regels vertaald in misplaatste

precieze aanwijzingen. Ten derde zijn organisaties vervolgens niet in staat de regels op een juiste manier te interpreteren waardoor ze uit zekerheid maar kiezen voor een strikte interpretatie (Bozeman en Anderson 2016). In het geval van *Waardigheid en trots* is eerder geconstateerd dat zorgorganisaties geen gebruik maken van de regelruimte die er al wel is, wat suggereert dat deze dynamiek ook in de Nederlandse ouderenzorg te zien is (Nivel, RIVM et al. 2016).

Verschillende studies laten zien dat regeldruk in de Nederlandse zorg, inclusief de ouderenzorg, als probleem wordt ervaren. Het werk wordt er voor zorgverleners minder aantrekkelijk door en regeldruk zou bovendien hoge kosten met zich meebrengen (Van Rijn 30 maart 2017, Maurits, De Veer et al. 2016). Eerder zagen we al dat regeldruk tijd kost, tijd die niet kan worden besteed aan de directe zorgverlening. Daarnaast laat de literatuur zien dat regeldruk medewerkers demotiveert (Anderson en Bilfeldt 2016, Maurits, De Veer et al. 2016). Ook de literatuur over regeldruk laat zien dat veel regels, of ze nu van zorgorganisaties zelf zijn of door andere partijen worden opgelegd, door hun reductionistische en bureaucratische insteek de ruimte voor eigen regie, persoonlijke aandacht en de sociale dimensies van zorg inperken (Ulsperger en Knottnerus 2007, Flesner 2009, Persson en Wasterfors 2009, Ulsperger en Knottnerus 2009, Arendts, Reibel et al. 2010, Anderson en Bilfeldt 2016).

## 2.3 Mogelijke oplossingen

De literatuur biedt verschillende oplossingsrichtingen om het probleem van regeldruk aan te pakken. Zo leren we uit bovenstaande dat regels periodiek tegen het licht moeten worden gehouden om te zien of ze nog functioneel zijn. Als zich incidenten voordoen in de ouderenzorg moet bovendien worden gewaakt om in een regelreflex te schieten die meer kwaad doet dan goed. De negatieve impact van regels kan ook worden verkleind door flexibel met regels om te gaan. Zorgorganisaties en zorgverleners moeten dan de ruimte krijgen en nemen om zich deels aan regels te onttrekken als deze negatief uitwerken (Van Loon 2017). Gegeven het problematische reductionistische karakter van veel regels in de ouderenzorg moeten regels daarnaast meer passend worden gemaakt voor deze sector. Dit betekent dat aandacht moet worden besteed aan de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg (Ulsperger en Knottnerus 2009, Anderson en Bilfeldt 2016, Van Loon 2017). Op deze manier kunnen regels meer functioneel, ofwel passend, worden gemaakt voor de sector. Dit alles vraagt om een reflexieve houding van zorgverleners, zorgorganisaties en externe partijen, aangezien zij allemaal bijdragen aan ervaren regeldruk.

Individuele zorgverleners of bestuurders kunnen een belangrijke rol spelen bij het creëren van meer passende regels. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om van de regels af te wijken als deze negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. De literatuur over *positieve deviantie* biedt hier meer inzicht in. Hier gaat het om het afwijken van regels met positieve effecten als gevolg (Warren 2003, Spreitzer en Sonenshein 2004, Bryant en Higgins 2010, Singhal en Bjurström 2015). Een sprekend voorbeeld uit de geschiedenis van de zorgsector is het werk van Florence Nightingale. In haar tijd was het ongebruikelijk om te spreken over het belang van hygiëne en leefomstandigheden in de patiëntenzorg. Door veel aandacht te besteden aan hygiëne-bevorderende maatregelen en de effecten daarvan ook te meten, week Nightingale af van de status quo. Juist door af te wijken leverde zij een positieve bijdrage aan de zorg (Parker 2010). Ook binnen zorgorganisaties kunnen individuen of groepen zo'n bijdrage leveren door af te wijken van bepaalde regels. In de literatuur wordt in dat kader ook wel gesproken over *rebellen*. Deze rebellen proberen verandering tot stand te brengen door het systeem van binnenuit ter discussie te stellen en te veranderen: *“rocking the boat and staying in it.”* (Bevan 2013). In hun onderzoek naar klinische groepen in Nederlandse ziekenhuizen die goede kwaliteit leveren door 'het net even anders te doen', laten Bal, Weggelaar en Wallenburg (2018) zien dat rebellen niet zomaar 'eigenwijze professionals' zijn die weigeren bepaalde regels te volgen of die tegen verantwoording zijn. Groepen die rebels gedrag vertonen keren de organisatie niet de rug toe, maar gaan de dialoog aan met interne en externe partijen en zoeken een balans tussen het creëren van ruimte (bijvoorbeeld door een regel te negeren of zelf een 'betere' regel te bedenken) en het op een verantwoorde manier invullen van deze ruimte.

Hoewel rebellen een belangrijke rol kunnen spelen in het in gang zetten van verandering laat de bovenbeschreven analyse zien dat het probleem van regeldruk niet alleen aangepakt kan worden door individuen of individuele groepen. Regeldruk is een probleem van vele handen. Er zijn veel partijen bij betrokken die allemaal hun activiteiten moeten veranderen in de zoektocht naar passende regels. Het concept van *experimentele governance*, ofwel experimentele sturing, biedt hier handvatten toe (Sabel en Zeitlin 2012). Experimentele sturing kan worden gedefinieerd als een proces waarin doelen en regels niet vaststaan, maar juist aangepast kunnen worden om ze beter te laten aansluiten bij lokale contexten. Het gaat om:

*“a recursive process of provisional goal-setting and revision based on learning from comparison of alternative approaches to advancing them in different contexts.”* (Fossum 2012: 394)

Door een meer experimentele manier van sturen leren verschillende partijen om te gaan met onzekerheid en samen te werken aan passende oplossingen. Hoewel er veel nadruk ligt op sturing die past bij de lokale context betekent dat niet dat sturing volledig vrij is. Zorgorganisaties moeten nog steeds verantwoording afleggen over hun handelen. Deze informatie kan vervolgens worden gebruikt om verschillende organisaties van elkaar te laten leren. Verantwoording is daarmee *generatief*. Dat betekent dat het bijdraagt aan een proces van recursief leren. Hierdoor kunnen nieuwe normen worden ontwikkeld en kan geleerd worden van variatie in de praktijk (Jerak-Zuiderent 2013). Verantwoording moet ook op een andere manier worden ingericht. Kwantitatieve verantwoording speelt nog steeds een rol maar moet worden gecombineerd met vormen van narratieve verantwoording (te denken valt aan Beelden van Kwaliteit, een van de casus in deze studie). Het gaat dan niet per se om de cijfers zelf, maar om de betekenissen die hier in een dialogisch proces aan worden gegeven en waarin naast functionele ook persoonlijke relaties aan bod kunnen komen. Externe partijen zoals de IGJ hebben een belangrijke rol in het mogelijk maken van leren en verbeteren door middel van monitoring. Deze monitoring moet niet primair gericht zijn op controleren en straffen maar juist op het inzichtelijk maken van achterliggende redenen voor praktijkvariatie en het leren hiervan. Binnen de ouderenzorg zien we een verschuiving naar deze vorm van experimentele sturing. Het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft een aantal belangrijke principes hiervan opgenomen. Daarnaast zijn elementen hiervan op verschillende plekken terug te zien in de praktijk, zoals we in ons empirische hoofdstuk zullen bespreken.

### 3. Methoden

In dit hoofdstuk beschrijven we de methoden die we hebben gebruikt om inzicht te krijgen in de praktijk rondom het thema *persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte*. Het empirisch deel van het onderzoek bestond uit kwalitatief onderzoek in vier zorginstellingen, waarbij we gebruik hebben gemaakt van interviews, observaties en documentanalyse. Daarnaast hebben we een algemene ronde interviews gedaan met partijen die te maken hebben met het thema regeldruk en observaties uitgevoerd van nationale discussies over het thema regeldruk. We beschrijven beide onderdelen van het onderzoek hieronder.

#### 3.1 Onderzoek in zorginstellingen: vier case studies

Om inzicht te krijgen in het thema persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte hebben we onderzoek gedaan in vier ouderenzorginstellingen die binnen het programma *Waardigheid en trots* aan de slag zijn geweest om het thema regeldruk aan te pakken om zo meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. In de praktijk bleek dat deze projecten en activiteiten waren ingebed in een breder beleid rondom het terugdringen van regeldruk en het ruimte maken voor meer persoonsgerichte zorg. Deze activiteiten werken op elkaar in. Daarom is ervoor gekozen om naast het inzoomen op specifieke projecten nadrukkelijk aandacht te besteden aan hoe deze projecten passen binnen het verdere beleid van de instelling. Daarnaast zijn de casus genesteld in instellingen die onder invloed staan wat er om hen heen gebeurt. Juist in deze tijd was er veel nationale aandacht voor het thema. Ook deze omgeving is meegenomen in het onderzoek. Een korte beschrijving per casus is te vinden in de kaders.

##### Stichting Viattence

Stichting Viattence is een organisatie voor ouderenzorg op de Veluwe, tussen Zwolle en Apeldoorn. Viattence heeft negen locaties voor zwaardere zorg en levert lichtere zorg thuis. Viattence is vooruitstrevend in het mogelijk maken van liefdevolle zorg die zoveel mogelijk aansluit bij het leven en de wensen van bewoner en mantelzorgers in een situatie die bijna is zoals thuis. Viattence zette als een van de eersten in Nederland de digitale Rode Knop in om de medewerkers de mogelijkheid te geven onzinnige regels te melden. Ook is er een nieuw woonconcept voor cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag ontwikkeld in de nieuw gebouwde locatie de Nieuwe Antoniehof. Op deze locatie is een herkenbare leefwereld voor de bewoners gecreëerd, maar wordt dit ca. 60'er jaren gevoel gecombineerd met moderne bouw en technologie. In het programma Waardigheid en trots werkte Viattence aan de pilot Beelden van Kwaliteit. Hierbij wordt de kwaliteit van zorg niet gemeten en uitgedrukt in cijfers maar worden observaties van de daadwerkelijke zorg gebruikt om de zorg in beeld te brengen en te reflecteren op de manier waarop zorg wordt gegeven. De



observaties worden besproken in een kwaliteitspanel bestaande uit interne en externe genodigden. Zij lezen de observaties en er wordt in een gezamenlijke sessie met de betrokken teamleden op de zorg gereflecteerd. Beelden van Kwaliteit is een geslaagde pilot gebleken en wordt, net als de Rode Knop, nu onderdeel van een geheel herzien kwaliteitsmanagementsysteem binnen Viattence.

In Viattence zijn 6 interviews gehouden met de bestuurder, twee kwaliteitsmedewerkers, twee managers en een teamleider. De onderzoeker heeft een dag lang participatief geobserveerd als deelnemer in het panel voor Beelden van Kwaliteit en heeft meegelopen op twee verschillende locaties, waaronder de Nieuwe Antoniehof. Daarnaast zijn relevante documenten geanalyseerd, zoals een overzicht van de meldingen van de Rode Knop, observaties uit Beelden van Kwaliteit van drie zorgteams, het evaluatieonderzoek naar de Nieuwe Antoniehof (Trimbos 2018), publicaties van de bestuurder en de beschrijving van het kwaliteitsmanagementsysteem.

### **Stichting IJsselheem**

Stichting IJsselheem is een woonzorgorganisatie voor ouderen in de gemeenten Kampen, Zwartewaterland en Zwolle. De organisatie heeft 14 locaties. Zij streven klantgerichtheid, gastvrijheid en kwaliteit na en dat bewoners zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven. In de zomer van 2015 is een van de locaties van IJsselheem door de IGJ geïnspecteerd en werd de kwaliteit van zorg, met name de medicatieveiligheid, onder de maat gevonden. IJsselheem had juist daarvoor van 2011 tot 2015 deelgenomen aan het Experiment Regelarme Instellingen en was toen afgestapt van de checklist risicosignalering. De organisatie was een cultuurverandering aangegaan die gericht was op minder regelgeleid werken. Na het inspectierapport moest deze cultuurverandering herijkt worden en werkte IJsselheem hard aan verbeteringen. Op het gebied van de medicatieveiligheid moesten juist weer meer regels gesteld worden. Dit werd gecombineerd met een organisatieverandering waarbij medewerkers meer eigen regie kregen. Dit was een interessant uitgangspunt voor de vraag hoe regeldruk in de ouderenzorg wordt ervaren en gehanteerd.

In IJsselheem zijn 7 interviews gedaan met de bestuurder, de kwaliteitsmanager, drie medewerkers en een manager zorg en een teamleider. Er is meegelopen in de zorg. Daarnaast zijn documenten verzameld en geanalyseerd.

### **Stichting De Riethorst Stroomland**

Zorgorganisatie De Riethorst Stroomland heeft 11 woonzorgcentra en verpleeghuizen in West-Brabant. In het strategisch plan dat de organisatie in samenwerking met medewerkers, vrijwilligers, cliënten en mantelzorgers heeft opgesteld voor de periode 2017-2025 staat het woord 'samen' centraal. In het samenspel tussen alle betrokkenen staat het welzijn van de cliënt centraal en is de cliënt zelf zoveel mogelijk in regie. Vanuit Waardigheid en trots is de organisatie daarom gestart met de pilot Zorg voor Vrijheid. Op twee locaties zijn de binnendeuren open gezet, zodat bewoners meer bewegingsruimte en meer eigen regie hebben. Ook op andere terreinen is De Riethorst volop in beweging. Recent is nieuw mantelzorgbeleid ontwikkeld, waarin mantelzorgers meer dan voorheen als samenwerkingspartner benaderd worden. Daarnaast wordt op verschillende locaties geëxperimenteerd met de Kafkaknop, een digitale meldknop voor onnodige bureaucratie, vergelijkbaar met de Rode Knop van Viattence. Zorgmedewerkers die aanlopen tegen regels waarvan ze het nut niet inzien, kunnen dit melden via de Kafkaknop, waarbij ook gevraagd wordt naar suggesties voor verbetering.

In De Riethorst Stroomland zijn 10 interviews gehouden met in totaal 11 respondenten, onder wie de bestuurder, diverse zorgmanagers en kwaliteitsmedewerkers, managers van facilitaire zaken en financiën, een teamcoach en een lid van de cliëntenraad. Tijdens de observatie van een avond- en een ochtenddienst in een van de verpleeghuizen zijn ook informele gesprekken gevoerd met verzorgenden. Verder is geobserveerd tijdens een symposium over mantelzorg en een werkgroep over de Kafkaknop. Tot slot zijn documenten (zoals het strategisch plan en het mantelzorgbeleid) verzameld en geanalyseerd.

### **Stichting NiKo**

Stichting NiKo is een ouderenorganisatie in Alkmaar die thuiszorg levert en zorg in drie wooncentra. Hier is het intramuraal persoonsvolgend budget (iPVB) geïntroduceerd. Het iPVB is een bekostigingssystematiek waarbij in gesprekken met de bewoner en diens familie besproken wordt welke zorg er nodig is. Daarbij is aandacht voor zorg die past bij de wensen van de bewoner. Naast de functionele zorgtaken wordt ook aandacht besteed aan welzijn. Op basis van deze gesprekken wordt bepaald hoeveel geld nodig is om de zorg voor deze bewoner te leveren. Uit een eerste experiment met het systeem werd duidelijk dat de huidige ZZP-methode voor veel bewoners niet de juiste budgetten oplevert. Voor de basistaken die moesten worden uitgevoerd (wassen, helpen met eten, helpen met toiletgang, etc) schoot het budget bij veel bewoners tekort. NiKo heeft voor de tweede fase van het experiment, waarbij ze bekostigd wordt op basis van de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten, afspraken gemaakt met zorgkantoren, het ministerie, de IGJ en de NZa om dit mogelijk te maken. Er wordt zo afgeweken van de zorgzwaartepakket-financiering. Bovendien zijn er afspraken gemaakt over het niet navolgen van bepaalde kwaliteitsregels. Zo is met de inspectie afgesproken dat er geen zorgleefplannen meer worden ingevuld maar dat het iPVB-dossier, waarin staat beschreven welke zorgactiviteiten er geleverd worden en hoeveel tijd er voor deze bewoner voor nodig is, daarvoor in de plaats komt.

De projectleider bij NiKo probeert het iPVB te verspreiden over het land en heeft met verschillende andere organisaties een pilot opgezet om te werken met het iPVB en informatie te verzamelen over deze manier van werken. Zijn idee is dat dit de nieuwe financieringssystematiek kan worden voor de ouderenzorg in Nederland. Deze manier van werken is ingegeven door de wens zorg te kunnen leveren die is afgestemd op de behoefte van bewoners. Voor meer informatie, zie <https://persoonsvolgend-budget.nl/>.

In deze studie hebben we het iPVB onderzocht als een manier om meer persoonsgerichte zorg te leveren en regelruimte daarvoor te creëren. Onze focus lag daarmee niet op de financieringssystematiek. We hebben 5 interviews gehouden met de projectleider, zorgbestuurder, een teamcoach, een verzorgende en een zorgbemiddelaar. Daarnaast hebben we observaties gedaan van iPVB-gesprekken met bewoners in verzorgingshuizen. Anders dan bij de andere casus die zich richten op de verpleeghuiszorg betekent dit dat de inzichten uit deze casus gaan over bewoners in betere gezondheid die nog meer zelfstandig kunnen. Ook zijn er trainingssessies over het werken met het iPVB voor personeel geobserveerd, net als gesprekken met verschillende externe partijen met het doel het iPVB in het land te verspreiden. Tijdens al deze observaties zijn informele gesprekken gevoerd met aanwezigen. Tot slot zijn verschillende relevante documenten geanalyseerd.

We zijn het casusonderzoek gestart met verkennende gesprekken bij de betrokken zorgorganisaties, om een eerste inzicht te krijgen in hun activiteiten op het gebied van het te onderzoeken thema. Tijdens deze gesprekken zijn ook afspraken gemaakt over de mogelijkheden van dataverzameling. Ten eerste hebben we gebruik gemaakt van observaties. Tijdens deze observaties zijn informele gesprekken gevoerd met zorgverleners en andere aanwezigen. Dit waren observaties van de dagelijkse zorgverlening, en bijeenkomsten waarin gediscussieerd of gewerkt werd aan het thema regeldruk (te denken valt aan discussies over kwaliteit naar aanleiding van de methodiek Beelden van Kwaliteit, discussies naar aanleiding van meldingen via de Kafkaknop en Rode Knop, teambijeenkomsten waarin het verbeterbord werd ingevuld, multidisciplinaire overleggen, en bijeenkomsten zowel intern in de organisatie als met externe partijen over het persoonsvolgend budget). Van de observaties zijn uitgebreide observatieverslagen gemaakt.

Naast de observaties en informele gesprekken zijn semigestructureerde interviews gehouden met verschillende medewerkers binnen de organisaties. Het betroffen zowel zorgverleners, teamcoaches, kwaliteitsmedewerkers, projectleiders en bestuurders. Hen is gevraagd wat zij als regeldruk ervaren, hoe zij denken over de relatie tussen regels en persoonsgerichte zorg en wat hun ervaringen zijn met de initiatieven om regeldruk te verminderen en meer persoonsgerichte zorg te leveren.

Tot slot zijn relevante documenten geanalyseerd om meer inzicht te krijgen in de projecten en het beleid van de instellingen rondom het thema. Dit betroffen bijvoorbeeld meldingen in het kader van de Kafka- en Rode Knop, strategische beleidsplannen, beleidsdocumenten (zoals mantelzorgbeleid, prisma analyse formulieren, jaargesprek formulieren). Voor een overzicht van de verzamelde data zie tabel 1.

Casus	Data verzameling
Stichting NiKo	Interviews (n=5 ) Observaties (28 uur) Documenten
Viattence	Interviews (n=6) Observaties (16 uur) Documenten
IJsselheem	Interviews (n=7) Observaties (12 uur) Documenten
De Riethorst Stromenland	Interviews (n=10) Observaties (18 uur) Documenten

*Tabel 1 Dataverzameling per casus*

Gedurende het onderzoek zijn de voorlopige resultaten in informele gesprekken teruggekoppeld aan contactpersonen in de organisatie. Daarnaast is in iedere organisatie een presentatie gehouden over de bevindingen. Hierin zijn lessen meegenomen uit het hele onderzoek; dus ook de lessen uit andere instellingen en de algemene ronde van dataverzameling (zie hieronder). Tegelijkertijd was de presentatie toegespitst op de lokale situatie binnen de verschillende instellingen. Deze presentaties werden gevolgd door een discussie die is gebruikt om onze analyse verder te verfijnen.

### 3.2 Algemene ronde dataverzameling

Naast het casuonderzoek hebben we semi-gestructureerde interviews gehouden met actoren in het veld van de ouderenzorg die te maken hebben met het thema regeldruk en regelruimte. Een overzicht van de organisaties waar we mee spraken is te vinden in tabel 2. Met deze respondenten is gesproken over hoe zij aankijken tegen het thema regeldruk, hoe regeldruk zich verhoudt tot persoonsgerichte zorg en welke initiatieven er zijn om regelruimte te creëren (zoals het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg). Ook is met hen gesproken over hun relatie met zorginstellingen en andere partijen in het veld op het gebied van deze thema's.

Organisatie	Functie respondent
Kwaliteitsraad Zin	Lid kwaliteitsraad
VvAA Denktank (Ont)Regel de Zorg	Directeur
ActiZ	Voorzitter en beleidsadviseur
IGJ	Inspecteur Generaal
VWS	Projectleider administratieve lasten langdurige zorg
CZ	Twee zorginkopers
Parkhuis	Bestuurder en kwaliteitsmanager
LOC Radicale Vernieuwing	Projectleider
Van Leyden Academy	Hoogleraar en directeur
Herbergier Reeuwijk	Zorgondernemer
NZa	Projectleider administratieve lasten langdurige zorg

*Tabel 2 algemene ronde interviews*

Om een verdere indruk te krijgen van de algemene discussie over het thema regeldruk en regelruimte in de ouderenzorg is er een aantal observaties gedaan van algemene bijeenkomsten over het thema. Een overzicht van deze observaties is opgenomen in tabel 3.

Landelijk congres Waardigheid en trots	2 dagen
Bijeenkomsten Radicale Vernieuwing	2 dagen
Schrapsessies (Ont)Regel de Zorg VvAA	3 avonden

*Tabel 3 algemene observaties*

Als gezegd is er rondom het thema regeldruk veel te doen en vindt er veel publieke discussie plaats. Daarom zijn ook berichten in de media en relevante rapporten meegenomen in de analyse om zo het beeld over de landelijke discussie te complementeren.

## 4. Resultaten<sup>2</sup>

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het empirisch onderzoek. We staan allereerst stil bij de vraag waar regeldruk in de ouderenzorg uit bestaat. Daarna beschrijven we de relatie tussen regeldruk en persoonsgerichte zorg, waarbij we laten zien dat persoonsgerichte zorg zich moeilijk verhoudt tot veel regels rondom kwaliteit en veiligheid. Vervolgens gaan we in op de ervaringen in de ouderenzorg met experimentele sturing om meer regelruimte te creëren en zo meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. Tot slot beschrijven we enkele knelpunten die deze pogingen met zich meebrengen.

### 4.1 Regeldruk

Wat is regeldruk nu eigenlijk? Wat verstaan zorgverleners onder regeldruk? Regeldruk is moeilijk te onderscheiden van werkdruk. Omdat het uitvoerend werk al druk en vaak hectisch is worden administratieve taken als een andere taak gezien die zorgverleners van hun 'echte' werk afhoudt. Registraties zijn van belang voor de overdracht van het werk aan andere zorgverleners, maar de manier waarop dit moet worden gedaan is soms op een manier voorgestructureerd die niet behulpzaam is voor het werk. Registraties die gedaan moeten worden voor de verantwoording worden vaak als onzinnig ervaren. Protocollen zouden behulpzaam kunnen en moeten zijn, maar worden eerder als dwingend ervaren.

#### 4.1.1 Werkdruk

We hebben tijdens de observaties eigenlijk meer werkdruk dan regeldruk gezien. Het werk zelf kan in de ouderenzorg, met name in de ochtend, hectisch zijn:

*Meneer De Wit wast zich bij de wastafel met zijn speciale schoenen al aan. Ivon (verpleegkundige) vraagt meneer De Wit hoe het met zijn vrouw gaat. Zij heeft nog veel pijn maar moet bewegen, dat is lastig, zegt meneer. Tijdens het wassen wordt Ivon gebeld. Er is iets waar zij met spoed naartoe moet. Er wordt iemand op de verdieping erboven niet goed. Zij vraagt iemand anders om te helpen, per telefoon, dat lukt niet, zij gaat weg en laat mij in*

---

<sup>2</sup> De namen van medewerkers en bewoners die genoemd worden in de citaten en observatie-extracten zijn gefingeerd om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen.

*de kamer zitten en meneer De Wit in de douche. Gelukkig komt binnen enkele minuten haar collega Ineke binnen. Zij helpt meneer De Wit verder. Zij weet dat hij zijn gestreepte onderbroek fijn vindt, maar die is in de was. 'De kou is over gelukkig,' zegt Ineke. Zij vertelt dat zij bij het Ketelmeer ijsschotsen zag. Meneer De Wit mag zijn mooie rode trui weer aan.*

*9.30u, koffie in het kantoortje. Ivon vertelt wat zij boven moest doen. Er was een verpleegkundige ziek en de mevrouw die niet goed werd was slecht aanspreekbaar, hoge pols. Dokter gebeld, verder kon zij niet veel doen. (observaties, 6-3-2018)*

Naast de dagelijkse hectiek is een groot probleem van deze tijd de schaarste aan arbeidskracht in de zorg. De werkdruk die dit oplevert drukt op de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden, aldus de respondenten.

*Je gaat niet een praatje houden als de ander het bijna in zijn broek doet, dus dan ren je maar door en zeker beneden is het een periode geweest van rennen en vliegen. Dat medewerkers echt huilend naar huis gingen en een onvoldaan gevoel hadden van 'ja, ik heb iedereen netjes in bed gelegd en ze hebben gekregen wat ze wilden, maar ze hebben geen aandacht gehad en misschien had ik wel een rondje extra drinken kunnen doen.' (teamcoach)*

Waar voorheen bezuinigingen leidden tot minder handen aan het bed, zijn nu de financiële middelen niet meer het probleem, maar kunnen de arbeidskrachten niet gevonden worden.

*En de werkdruk, de werkdruk is groot. Dat heeft ook te maken met je bezetting, dat het lastig is om bijvoorbeeld je vacatures gevuld te krijgen. We gaan nou ook naar een ruimere bezetting, mensen worden ouder, het is een zwaar beroep, mensen moeten langer doorwerken. Dus je ziet ook dat collega's eerder uitvallen... Het is dus met name de werkdruk die als fors wordt ervaren en dat is enerzijds door bezetting en anderzijds door al die regeltaken daaromheen, dat administratieve... (zorgmanager)*

De werkdruk wordt door de bezettingsproblematiek daadwerkelijk hoger en dan worden taken die niet met de directe zorg te maken hebben, zoals administratie en verschillende overleggen, als last ervaren.



### *Werkdruk en kwaliteit van zorg*

Werkdruk vergroot het probleem van ervaren regeldruk. Daarnaast kan het de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden. Werkdruk ontstaat uit het combineren van allerlei taken en verantwoordelijkheden die soms moeilijk te combineren zijn. Maar zorgverleners maken ook lange dagen waarin zij veel meemaken. In sommige gevallen combineren zij late diensten met ochtenddiensten waardoor er niet veel tijd is om uit te rusten. Werkdruk door te krappe bezetting leidt soms, zeker op afdelingen met ernstige doelgroepen, tot gevaarlijke situaties omdat zorgverleners te veel tegelijk moeten doen:

*De verzorgende die ik sprak stond alleen op een groep van zes mensen. Als ze aan het eten zijn moet ze erbij zijn (slikproblematiek), maar als er dan een bewoner naar de wc moet, moet ze die ook begeleiden (valgevaar). Dan kan ze wel iemand van een andere etage erbij halen, maar daar moeten ze wel met z'n tweeën staan omdat daar cliënten zijn met gedragsproblemen. (observaties, 1-3-2018)*

Ook schiet volgens sommige verzorgenden de aandacht voor 'extra' zorgtaken zoals het maken van een wandeling er bij in door de ervaren werkdruk.

*We hebben iemand en die moet, die wil eigenlijk elke dag wel even naar buiten, nou, daar hebben we een bedrijf voor ingeschakeld. We merken ook in de zomervakanties, dan is dat bedrijf er niet; wij wilden het oppakken, maar dat gaat gewoon niet. En dan merk je wel dat die bewoner gewoon toch weer wat depressiever wordt, eigenlijk. Hoe graag je ook iets zou willen doen, ja... als je alleen maar aan het rennen bent... (verzorgende)*

Ondanks de problemen met het vervullen van de vacatures en de werkdruk die respondenten rapporteren is de situatie van nu, volgens een van de managers, wel beter dan vroeger:

*We moeten heel erg oppassen hoor, want we krijgen echt niet alle vacatures gevuld, maar als ik nu kijk naar hoe wij ons inzetten op de teams in vergelijking met 25 jaar geleden, dan hebben wij echt veel meer handen aan het bed, veel meer mensen op de werkvloer, veel meer voeten... Toen ik begon stond ik met twee medewerkers op 35 bewoners op een avonddienst en een keukendienst. Nu staan ze op tien bewoners met drie man. Dat is even een heel tastbaar voorbeeld. (zorgmanager)*

Nu zijn vroeger en nu niet helemaal te vergelijken omdat de zorgzwaarte van de bewoners in de laatste jaren sterk is toegenomen. Veel respondenten geven aan dat ouderen nog maar kort – volgens

sommigen gemiddeld zeven maanden – leven wanneer zij in het verpleeghuis komen. De verpleeghuiszorg is daarmee steeds meer palliatieve zorg geworden. Door beleidsmatige ingrepen en de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, worden ouderen pas laat opgenomen in het verpleeghuis.

Werkdruk betekent in de zorg dus tijdsdruk wanneer er meerdere taken tegelijk verricht moeten worden. Werkdruk kan ook ontstaan door toegenomen verantwoordelijkheden en door het zwaarder worden van de zorgzwaarte van de bewoners.

#### **4.1.2 Ervaren niet-functionele regels**

De ervaren werkdruk maakt dat ‘regeldruk’ extra wordt gevoeld. Als je druk bent om de zorg rond te krijgen worden ‘extra’ handelingen waarvan nut en noodzaak niet altijd duidelijk zijn en waaraan je wel tijd en energie kwijt bent al snel als last ervaren.

##### *Waarom moeten we dit doen? Onduidelijkheid over de functie van regels*

Deels gaat regeldruk om registraties die voortkomen uit accreditatiesystemen. In de ouderenzorg wordt dat meestal gebaseerd op de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, afgekort de HKZ, een branchespecifieke norm, gebaseerd op de ISO 9001 norm. De ontstane bedrijfstak heeft gezorgd voor verbeteringen in de zorg maar heeft zeker ook veel regelgeving opgeleverd. Deze regels worden nu vaak aan de kaak gesteld: hoe functioneel en legitiem zijn ze nog? Andere regels die worden genoemd waar men last van heeft zijn onder andere protocollen die gevolgd moeten worden.

*Maar dat is met alles zo, met wassen, met weet ik veel wat. Je kan nog geen scheet laten of er komt een protocol aan te pas. Plat gezegd. (verzorgende)*

De hoeveelheid protocollen is niet het enige probleem. Het kan ook zijn dat protocollen met elkaar botsen en daarmee voor problemen zorgen. Een van de deelnemers aan een bijeenkomst van *Radicale Vernieuwing* vertelt dat zij een voedingslijst moesten invullen voor een bewoner die stervende was. De specialist ouderenzorg gaf de opdracht. De andere deelnemers vinden dat bizar en refereren aan een ander protocol, het zorgpad stervensfase, waarin staat dat er een comfortabel beleid gevoerd moet worden.

Concrete voorbeelden van regeldruk die worden genoemd zijn administratie rondom zorgleefplannen, het dagelijks meten van de temperatuur van de koelkast, het stickeren van etenswaar, het dagelijks bijhouden van voedings- of defaectatielijsten of het wekelijks wegen van bewoners. Zoals we zagen in de literatuur worden dit soort regels als last ervaren wanneer respondenten niet het idee hebben dat ze bijdragen aan de geleverde kwaliteit van zorg. Een gesprek tussen zorgverleners laat dit zien:

*Ria: Over de HACCP [hygiëncode, afkorting van Hazard Analysis Critical Control Points] kan ik me ook heel druk maken. Dat ze hier in door kunnen slaan. Patricia: Dat zijn de temperaturen. Ria: Ja goed, het is wel een woonhuis. Patricia: Ja, maar dan wordt er inderdaad gezegd je moet een huiselijke situatie creëren, en ondertussen moet je wel alles afvinken. Ria: Ja, en dan moet je ook heel steriel wezen en in uniform lopen, ja ik zeg het heel zwart-wit. Maar zo is het gewoon. (observaties, 8-11-2017)*

Ook de zogenaamde 'def. lijst' waarop wordt bijgehouden of de bewoners regelmatig ontlasting hebben wordt in verschillende observaties en gesprekken aan de orde gesteld. Sommige zorgverleners vinden het afvinken van die lijst overbodig, anderen juist niet, omdat het voor de bewoner erg vervelend is om aan constipatie te lijden. Daarbij heeft het ook een medische signaalfunctie. Het probleem zit hem in dit soort gevallen vaak in de passendheid van de regels bij de situatie van de individuele bewoner. Vaak worden regels bij iedereen toegepast terwijl dit niet functioneel is:

*Weet je, waar ik tegenaan loop zijn die algemeen geldende regels voor iedereen. Dat je een rapportage voor een MDO [Multi-Disciplinair Overleg] maakt en dan moet standaard een valrisico-formulier en zo'n medicatie-formulier ingevuld worden. Dat ik denk van: ja, waarom moet dat, waarom moet alles zo dichtgetimmerd worden? En iemand die gewoon prima elke dag poept, waarom moet ik standaard een poeplijst voor een verpleeghuisbewoner bijhouden? En ik snap als iemand morfine krijgt dat je dan goed die lijst bij moet houden, maar ik vraag me af of dat voor iedereen dan moet. (zorgverlener)*

De vraag die hier achter ligt is: wat registreer je voor welke bewoner? Maar ook: registreer je als de situatie afwijkt van het normale of registreer je het normale ook? In de huidige situatie is het vaak het laatste, wat door respondenten uit de zorg als niet functioneel wordt ervaren.

*Ja, 'mevrouw is lekker onder de douche geweest'... nou, lekker boeie... mevrouw ging elke dag onder die douche. Het is bijzonderder als ze niet onder de douche gaat, want dat betekent dat ze ziek was of... (teamcoach)*

Wat hierbij lastig is, is dat 'normaal' niet voor iedereen hetzelfde betekent. Zo vertelt een teamcoach dat zorgverleners soms tegen haar klagen dat ze 'elke keer als ze een tik' van een cliënt krijgen, een formulier moeten invullen. Sommige zorgverleners zien het nut niet in van deze meldingsplicht, omdat het voor hen niet meer afwijkend is. *"Dan zie je dat dat gewoon normaal wordt gevonden, maar de vraag is: is dit normaal? En dat is het niet natuurlijk"* (teamcoach). Het is voor de organisatie belangrijk dat bekend is wat er gebeurde en wat daar de aanleiding van was, zodat er gekeken kan worden of het in het vervolg voorkomen kan worden. Maar voor de dagelijkse praktijk van verzorgend personeel is de meerwaarde niet altijd duidelijk.

Het probleem dat naar voren komt bij regeldruk is dat zorgverleners vaak niet weten waarom een regel bestaat en daarmee of de regel functioneel is of niet. Het gevaar van de nadruk op regels en protocollen is volgens sommige respondenten ook dat mensen niet meer zelf nadenken over wat ze doen. De focus ligt dan op het verantwoorden van wat je aan het doen bent en dat je werkt volgens protocol, maar dat is geen kwaliteit, aldus meerdere respondenten. Regels volgen is dan iets wat je doet omdat het moet, maar daarmee verliezen regels hun reflexieve functie, die juist zo nodig is in de zorg.

*Kijk, als ik vier keer per dag moet afvinken dat ik het toilet heb schoongemaakt, zegt dat nog niks over de manier waarop dat toilet is schoongemaakt. En dan heb ik veel meer aan mensen die snappen dat een schoon toilet enorm veel voordelen heeft. Het zit dus veel meer in je eigen intrinsieke motivatie van 'ik wil graag dat daar een schoon toilet is', en niet 'ik moet het vier keer per dag afvinken'. (zorgmanager)*

Als regels niet meer ervaren worden als houvast in het lastige werk dat zorgverleners moeten verrichten, maar alleen als disciplinerend, dan worden regels een last.

#### *Van wie moet dat eigenlijk? Onduidelijkheid over de bronnen van regels*

Naast onduidelijkheid over de functie van bepaalde regels, is er onduidelijkheid over de bron van regels. Ook hierdoor is het voor zorgverleners vaak onduidelijk waarom ze bepaalde handelingen moeten verrichten. Het idee is veelal dat regels van buiten de organisatie komen en dat hier niet aan te ontkomen is.

*Twee jonge zorgverleners hebben vooral last van dossieropbouw, vertellen ze tijdens een discussie over regeldruk. Aan het begin kost het veel tijd [als er een nieuwe bewoner komt]*

*maar je moet het ook constant bijwerken. Anderen mengen zich in de discussie en suggereren dat ze niet alles hoeven te registreren. Dit vinden de jonge zorgverleners maar gek, dat kan toch niet, want het is wel belangrijk dat het in het dossier staat en het moet immers? 'Van wie moet dat dan?', wordt er gevraagd. Dat weten ze niet, maar er zal vast wet- en regelgeving achter zitten, zeggen ze. De suggestie van een andere zorgverlener dat dit niet zo is wordt ontvangen met ongelooft. (observaties Waardigheid en trots congres, 4-7-2017)*

Volgens een beleidsmedewerker van VWS wijzen medewerkers van zorginstellingen vaak naar het ministerie als de bron van veel onnodige regelgeving. Soms klopt dit maar het gaat ook vaak om interne regelgeving. Het lukt ook lang niet altijd om te achterhalen om welke regels het dan precies gaat en wie de bron is van deze regels.

*Ik kom op plekken waar er tegen mij, want ik sta ook wel eens voor zaaltjes, geklaagd wordt. Ik snap de vragen, maar vaak stel ik een tegenvraag. Bijvoorbeeld wat is de top 3 van landelijke regels die je zou willen afschaffen. Hier komt dan lang niet altijd een concreet antwoord op. Er wordt aangegeven dat het een drama is, en dan vragen we: 'Ja, wat is dan een drama? Wat is dan precies daarvan een drama?' Nou, dan neemt al de helft af, want dat is eigenlijk een soort retorisch gegeven. Dit neemt zeker niet weg dat we als VWS kritisch moeten zijn op ons beleid en onze regelgeving. Hier is zeker winst in te behalen. Maar we moeten ook heel goed kijken naar concrete voorbeelden. (projectleider VWS)*

Deze respondent van het ministerie signaleert veel diversiteit in hoe verschillende zorgorganisaties met dezelfde landelijke regels omgaan, wat hem tot de conclusie brengt dat *"de eigen regie – los van dat ik snap dat het niet makkelijk is, of niet in je cultuur zit, of niet de juiste mensen hebt, dat kan allemaal – maar de eigen regie is best wel groot."*

Door verschillende respondenten van verschillende organisaties wordt naar voren gebracht dat het grootste deel van ervaren regeldruk veroorzaakt wordt door zelfopgelegde regels van de organisatie, en dat bovendien niet altijd (meer) duidelijk is met welk doel die regel is ingesteld. Regels kunnen lastige situaties opleveren voor medewerkers, maar daar wordt niet altijd op gereflecteerd. Zo mogen in een van de zorgorganisaties de verzorgenden alleen contact opnemen met de eerste contactpersoon van de bewoner. Ook al denken meerdere familieleden anders over de zorg die hun vader of moeder nodig heeft.

*Karin vertelt later dat ze ook wel contact heeft gehad met de dochter uit Duitsland, die staat er [de zorg en situatie van haar moeder] ook anders, minder negatief, in dan haar zus. Volgens Karin is de zus eerste contactpersoon en mag ze die alleen mailen en geen anderen meenemen in de mail, ook niet als contactpersonen dat goed vinden. (observaties, 13-2-2018)*

De verzorgende ziet deze regel, ook als die niet zo goed werkt, als voldongen feit en niet als iets waar ze wat aan kan doen, of waar ze met een leidinggevende over zou kunnen praten. Het fenomeen dat medewerkers last hebben van bepaalde regels maar geen actie ondernemen, zien we vaker. We gaan later in op het belang van discussie over kwaliteit van zorg en regels die daarbij in de weg staan.

Ook bij accreditaties doet zich het fenomeen voor dat organisaties zelf normen strikt interpreteren. Omdat zorgorganisaties graag een certificaat willen halen gedragen zij zich soms “roomser dan de paus”, zoals een van de respondenten het noemt. Zorgorganisaties leggen zichzelf strenge normen op die dan als norm in de accreditatie wordt opgenomen:

*Kijk, HKZ doet ook heel veel met welke procedures jij jezelf hebt opgelegd. En als jij zegt, ik noem maar even wat: ik wil een MIC-melding binnen zes weken afgemeld hebben. Zes weken komt niet van HKZ, maar HKZ kijkt wel als dit is wat jij belooft, laat dan maar zien dat jij er zes weken over doet. Terwijl als ik als organisatie zeg: acht weken kan misschien ook, is ook een prima termijn. Dan letten ze op acht weken. Dus er zijn een hele hoop dingen waarvan zij zeggen daarvan moet iets op papier staan, maar de norm, niet altijd, de norm leg je jezelf ook vaak op. En die regelruimte die moet je wel even weten. (zorgmanager)*

Het strak volgen van regelgeving of deze strikt interpreteren kan ook worden veroorzaakt door angst, die zorgverleners risicomijdend maakt.

*Artsen zeggen al heel snel tegen mij: 'Ja, maar als dan de inspectie komt, dan hebben we iets gedaan wat niet kan'. Dan zeg ik: 'So what, als wij dat gewoon kunnen uitleggen?' 'Ja, maar dat komt dan toch wel op de site te staan, het aantal keren dat jij vrijheidsbeperkende maatregelen onterecht hebt toegepast'. Deze gedachten zijn ook maatgevend voor dit soort gedrag. (bestuurder Parkhuis)*

Door deze zelfopgelegde regels en strikte interpretatie van regels die anderen opleggen wordt de handelingsruimte van medewerkers beperkt. Dit betekent dat er vaak meer mogelijk is dan veel mensen denken. Bovenstaande laat zien dat er veel onduidelijkheid rondom regels is, zowel wat betreft hun functie als hun bron. Regeldruk is daarmee een veelzijdig probleem. Deze veelzijdigheid

werken we nader uit in het voorbeeld van het zorgleefplan, dat veelvuldig terug kwam in onze data over regeldruk.

#### *Complexiteit van regeldruk: het voorbeeld van het zorgleefplan*

Veel van de ervaren regeldruk die wordt gerapporteerd heeft betrekking op het opstellen en bijhouden van het zorgleefplan (ZLP). Het ZLP is een voorbeeld van een extern opgelegde regel. In het Kwaliteitskader is voorgeschreven dat voor iedere cliënt binnen 24 uur na opname een voorlopig ZLP is opgesteld (met in ieder geval zaken zoals medicatie, dieet, primaire hulpvraag, een eerste contactpersoon en afspraken over handelen bij calamiteiten), dat uiterlijk zes weken na opname een definitieve vorm heeft. Hoe er wordt omgegaan met het ZLP en hoe het wordt ingevuld is echter deels afhankelijk van de organisatie. Het omgaan met het ZLP is in de zorgorganisaties nog niet overal even goed georganiseerd en zorgverleners vinden het niet allemaal makkelijk of nuttig<sup>3</sup>. In het ZLP is veel informatie over de bewoner te vinden over vier domeinen: wonen, participatie, welzijn en zorg. Het ZLP is niet alleen een beschrijving van de cliënt en haar of zijn leven en wensen, het is ook verzameling van informatie en een behandelplan. Voor nieuw komende verzorgenden en invallers staat er veel bruikbare informatie in. Voor de rest wordt er echter zelden in gekeken.

*Interviewer: En hoe vaak kijk je hier dan naar? Renate [zorgverlener]: Ik kijk hierin voor het MDO [Multi-Disciplinair Overleg]. Ja, daarvoor en daarna. Of als er dingen wijzigen.*

*Interviewer: En als je nieuw zou zijn, dan zou je er wel naar kijken? Renate: Ja, of als je een flex-medewerker bent en je staat voor het eerst op die woning, dan is het fijn om te weten. Of je staat op veel verschillende locaties. Interviewer: Ja, en doen ze dat ook wel? Of gaan ze dan toch liever iemand even bellen? Renata: Ze vragen het meestal liever bij de overdracht. Maar ja, officieel hebben wij geen overdracht. (observaties, 8-11-2017)*

Een ander probleem is dat de opzet van het ZLP vaak niet past bij de belevingswereld van bewoners, waardoor het ZLP zijn functie verliest. Een bestuurder verwoordt dit als volgt:

---

<sup>3</sup> Maar zie [https://www.waardigheidentrots.nl/tools/tipszorgplan/?utm\\_source=flexmail&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=nieuwsbriefspecialzorgplanwaardigheidentrots19april2018&utm\\_content=tips+en+voor+beelden+voor+opstellen+zorgleefplan](https://www.waardigheidentrots.nl/tools/tipszorgplan/?utm_source=flexmail&utm_medium=email&utm_campaign=nieuwsbriefspecialzorgplanwaardigheidentrots19april2018&utm_content=tips+en+voor+beelden+voor+opstellen+zorgleefplan) voor voorbeelden van organisaties die het zorgplan functioneler hebben gemaakt.



*En dat moet allemaal SMART geformuleerd in doelen en in plannen en in activiteiten. Als je iemand van 85 vraagt: 'En wat zou u nog willen in het leven?', dan wordt dat wel een ingewikkelde vraag. We zijn ooit eens bij de directeur langdurige zorg geweest en die had die vraag aan zijn vader gesteld, 93 jaar, en toen had die vader gezegd van 'wat is dat nou voor een vraag? Wat dacht je van prettig dood gaan?' Dat zijn dan doelen. (bestuurder)*

Het ZLP is in alle organisaties gedigitaliseerd. Daarmee is er een vast format waarin de rapportage gemaakt moet worden. Het format lijkt niet aan te sluiten bij de manier van werken en denken van de verzorgenden en levert daardoor een gevoel van regeldruk op.

*Je moet twaalfhonderd dingen invullen. Ik ben niet de zorg ingegaan om achter de computer te zitten. (verzorgende)*

In het ZLP moeten bijvoorbeeld problemen, doelen en acties (PDA) opgeschreven worden, maar zorgverleners willen eigenlijk liever per dag een kort stukje schrijven over de bewoner. Zij schrijven daarom zonder veel ordening en zoeken daarna naar mogelijkheden in het digitale dossier om hun tekst kwijt te kunnen. Tijdens een van de observaties gingen zorgverleners met elkaar in discussie over de waarde van het digitale ZLP:

*Ria: Dat is een nadeel hè, van het zorgleefplan. Ze zeiden toen bij de uitleg dat het een heel groot voordeel is dat je bijna niet meer hoeft te klikken. Maar alsnog ben je gewoon heel lang onderweg met inloggen. En als je dan eventjes gewoon twee mensen de medicatie hebt gegeven en je gaat weer verder, iemand wassen, en je komt weer terug, dan moet je weer helemaal opnieuw inloggen. Patricia: In dat opzicht was het op papier opschrijven een stuk makkelijker. Arie: Ja, maar ook het papieren boek. Kijk, met het schrijven was je wel langer bezig, maar je had wel alles in een keer zo. Patricia: Maar ja, dat geldt ook niet voor iedereen. Ria: Nee, ik vind dit wel overzichtelijker en met bestellen is het makkelijker. Arie: Nee, maar ik bedenkt, je was wel sneller klaar. Je draaide een bladzijde om, klaar. (observaties, 8-11-2017)*

Verlangen naar het verleden waarin alles simpeler was (of leek) is ook iets dat in algemene zin naar voren komt wanneer we bij de respondenten navragen wat zij verstaan onder regeldruk.

*Er zijn echt nog mensen die niet weten waar de aan-knop is en die nog steeds de muis in de rechterbovenhoek van het beeldscherm zetten. Die zijn er nog steeds. En dan zijn het vaak ook nog ICT omgevingen die je thuis niet gewend bent, dus daar begint het gezucht al. (bestuurder)*

Digitalisering is iets dat aan die ervaren regeldruk bijdraagt. Dit heeft te maken met het digitale onvermogen (dat overigens al aan het wegebben is), de dwingende structurering, de gebruiksongemakken, maar ook met de hardware die niet zo goed past in het zorgproces. In een van de zorgorganisaties werken de zorgverleners bijvoorbeeld met een laptop die zij op een karretje meenemen naar de kamer van de bewoner die zijn gaan verzorgen. Omdat die verzorging in de ochtend best hectisch is wordt de kar van de ene naar de andere kamer meegenomen, maar de informatie wordt pas ingevoerd bij terugkeer in het kantoortje.

Het ZLP is een voorbeeld van regelgeving die is bedoeld om gewenst gedrag te bevorderen: er moet binnen bepaalde tijd een ZLP zijn per individuele bewoner. Het ZLP is een regel die in potentie goede dingen oplevert, zoals een holistisch beeld van de bewoner en het delen van informatie tussen zorgverleners. Werken met eenzelfde beeld en met dezelfde informatie kan de kwaliteit en de veiligheid verhogen. Maar de regel veroorzaakt regeldruk omdat de organisatie er een bepaalde vorm aan geeft en de inrichting en het gebruik als niet functioneel worden ervaren. Dit kan ongewenste gevolgen hebben, zoals metingen die juist vergeten worden omdat per keer opnieuw moet worden ingelogd op de computer, wat te veel tijd in beslag neemt in een hectische werkperiode.

#### **4.1.3 Conclusie**

Uit deze paragraaf over regeldruk wordt duidelijk dat regels een te krappe term zijn, het gaat op verschillende lagen om verschillende ergernissen, ergernissen waar zorgverleners zelf niet veel aan kunnen doen, alle retoriek over zelfsturing ten spijt. Regels zijn niet passend, of hun concrete vorm past niet bij het type werk. De reden waarom regels in het leven zijn geroepen is vaak niet meer duidelijk zodat de bron van de regel en het doel ervan niet meer te achterhalen zijn. Regels blijken samenballingen van kennis te zijn die te herleiden moeten zijn naar hun bron en doel.

## 4.2 Regeldruk en persoonsgerichte zorg

Regels zijn op verschillende manieren van invloed op de zorg die geleverd wordt en meer specifiek op het leveren van persoonsgerichte zorg. Regels kunnen deze persoonsgerichte zorg op verschillende manieren inperken. We gaan hier in deze paragraaf nader op in.

### 4.2.1 Aandacht voor persoonsgerichte zorg

In alle interviews benadrukken respondenten het belang van persoonsgerichte zorg. Ook tijdens het nationale *Waardigheid en trots* congres was het thema persoonsgerichte zorg en de noodzaak om daarvoor regels en protocollen los te laten prominent aanwezig (observaties 3,4 juli 2017).

#### *Van functionele zorg naar persoonsgerichte zorg*

De organisaties die we hebben onderzocht proberen op verschillende manieren invulling te geven aan het bieden van meer persoonsgerichte zorg (meer daarover in paragraaf 4.3). Andere partijen zoals zorgkantoren en de IGJ doen hetzelfde. Zo voert Zilveren Kruis het project 'Leven zoals je wilt' uit waarbij de nadruk ligt op het mogelijk maken van zorg die past bij de behoefte van cliënten. Ook in de instellingen is een verschuiving te zien van nadruk op functionele zorg naar persoonsgerichte zorg. In deze interpretatie gaat het meer om de verlangens en het welzijn van bewoners.

*Als je het aan een verzorgende of verpleegkundige vraagt dan is het van 'ja, de leuke dingen in de zorg die doen wij niet meer, want dat is er uitbezuinigd.' Dus een wandelingetje, een praatje, een spelletje, sigaretje roken, even naast iemand zitten en een arm op de schouder leggen. (projectleider iPVB)*

Aandacht voor 'kleine kwaliteit' is in het verleden door de nadruk op efficiency en risico's voor de veiligheid ondergesneeuwd geraakt, maar wordt nu weer gezien als van levensbelang. Projecten zoals het LeefPlezierPlan in plaats van het ZLP spelen hier op in. In de ouderenzorg betekent kleine kwaliteit: het maken van een praatje en het bieden van een luisterend oor, even naar buiten gaan, 's ochtends douchen in plaats van 's avonds, lekker eten (zoals echte jus in plaats van jus uit een pakje), een kaarsje aansteken voor een katholieke bewoner omdat die daar rustig van wordt (en er dan geen rustgevende medicatie nodig is) en het taalgebruik (bijvoorbeeld niet meer spreken over opname maar over

verhuizing). Woorden zijn belangrijk in de vormgeving van persoonsgerichte zorg, zo legt een van de zorgbestuurders uit:

*Ja, we hebben een hele woordenlijst; oude taal en nieuwe taal. We hebben geen intakegesprek, maar welkomsgesprek. Geen ligduur, maar verblijfsduur. (bestuurder)*

#### *Het achterhalen van wensen van bewoners*

Om persoonsgerichte zorg te leveren zijn gesprekken met bewoners nodig over wat zij belangrijk vinden. Maar in de verpleeghuizen wonen veel bewoners met vergevorderde dementie met wie dergelijke gesprekken niet meer mogelijk zijn. Hier is het contact met de familie van belang maar ook gaat het bij deze bewoners meer om het achterhalen van hun wensen door hen goed te observeren en aandachtig op hun reacties in te spelen. Wanneer een gesprek nog wel mogelijk is, worden de gesprekken vaak gevoerd tijdens de dagelijkse verzorging:

*Als ik iemand onder de douche zette, daar haalde ik de meeste informatie vandaan. Je doet een handeling en ondertussen ben je lekker aan het kletsen, de bewoner is openhartig en durft dingen te delen en aan te geven. Dat soort momenten moet je pakken. (teamcoach)*

In een aantal van de onderzochte organisaties proberen zorgverleners er tegelijkertijd op meer gestructureerde manieren achter te komen wat voor bewoners van belang is, zodat de zorg daarop kan worden ingericht. Dit is al van belang voor de opname, of verhuizing. Maar dat is niet gemakkelijk, zeker niet bij zoiets ingrijpends als een opname in een verpleeghuis en nadat de familie vaak zelf lang voor vader of moeder gezorgd heeft en zij deze zorg opeens moeten overlaten aan professionals. Ook veranderen behoeften tijdens het verblijf van bewoners, zo legt een verpleegkundige uit tijdens een bijeenkomst van *Radicale Vernieuwing*:

*De kunst is erachter te komen wat mensen eigenlijk vragen. Meneer is bang zijn leven en eigen autonomie kwijt te raken. Zijn hele veiligheid gaat bij opname over boord, niks is meer zoals thuis. Hij weet niet wat het zal worden. Ik stapte vanmorgen op de trein en was al uit balans, zegt verpleegkundige Ria. Mensen veranderen daarbij tijdens de opname ook heel erg. Dan moet je de familie daar ook in meenemen. We hebben dat vaak al besloten want wij weten wat beter voor meneer is. De familie blijft dan te ver achter. (observaties bijeenkomst Radicale Vernieuwing, 14-3-18)*

Voorbeelden van gesprekken om de wensen en verlangens van bewoners te achterhalen zijn gesprekken over de levensloop van bewoners (Viattence) of gesprekken die worden gevoerd in het kader van het iPVB (Stichting NiKo). Dat de gesprekken ook voor bewoners een snaar kunnen raken laat onderstaande observatie van een gesprek tussen twee zorgverleners en een bewoner zien:

*Karin vraagt aan meneer Van Hout of, als ze wat meer naar buiten met hem gaan en meer gaan douchen [wensen van meneer die naar boven kwamen tijdens het gesprek], 'je dan ook blijer gaat worden?' 'Dat zit er wel in' zucht meneer. Karin zegt: 'We gaan ons best doen, met douchen gaan we gelijk beginnen.' 'Dan moeten we dat maar doen', zegt meneer. Erica zegt dat ze hoopt dat ze meneer weer wat blijer zal zien. Meneer wordt daar emotioneel van en moet huilen. 'Dat ben je waard', zegt Erica, ze blijft nog even bij hem zitten. (observaties 13-2-2018)*

Hoewel zorgverleners van tevoren aangeven dat ze bewoners al wel goed kennen en bewoners ook niet altijd zin hebben in zo'n gesprek, komen er toch vaak dingen boven die belangrijk zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, zo is de ervaring. Een van de respondenten geeft hiervan een voorbeeld:

*Bijvoorbeeld: twee zeer gedreven verzorgers die al jarenlang op de locatie werken met de bewoners en ook het idee hebben dat ze de bewoners goed kennen, vertellen: We hadden de vrijdagmiddag gekozen - niet om een multidisciplinair overleg te hebben - maar om gewoon een gesprek met bewoners en familie te hebben met gebak op tafel en koffie. Met vragen zoals: hoe gaat het eigenlijk, hoe zag uw leven eruit en wat zou u nu het liefste willen? Ze vertelden over een bewoner, die altijd heel stil is, nooit contact maakt en nooit praat. De bewoner zat dus nu ook helemaal zo [voorovergebogen] tijdens het gesprek. Haar dochter vertelde dat ze altijd onderwijzeres is geweest in een dorp, iedereen haar kende, altijd heel geïnteresseerd was in musea en intelligent. En langzamerhand, tijdens het gesprek, ging het hoofd omhoog en ging de bewoner op haar manier meedoen. Die verzorgers, ik word er nog helemaal emotioneel van als ik het vertel, die verzorgers waren helemaal van streek. Ze dachten dat ze die mevrouw kenden, al jaren in de woongroep, en zagen opeens een hele andere mevrouw. (coördinator LOC Radicale vernieuwing verpleeghuiszorg)*

Een ander voorbeeld is te lezen in onderstaande observatie van een iPVB-gesprek tussen twee zorgverleners, een bewoner en haar vriend:



*Het iPVB-gesprek begint met de vraag 'kunt u vertellen wat u doet op een dag?', om er zo achter te komen wat voor mevrouw Van der Sloot belangrijk is en welke zorg er geboden moet worden. Mevrouw Van der Sloot reageert: dat weten jullie toch allemaal al? Dat willen we opnieuw weten is de reactie. 'Jezus' verzucht mevrouw. Ze heeft er duidelijk niet echt zin in maar gaat toch vertellen.*

*Tijdens het gesprek komen er nieuwe dingen naar voren die belangrijk voor haar zijn maar waar Marieke en Linda, haar zorgverleners, niet van af wisten. Mevrouw zegt dat ze een 'groot probleem' heeft. Ze vertelt dat ze zelf haar pillen niet meer heeft, die krijgt ze iedere dag uitgedeeld van haar zorgverleners. Daardoor wordt ze soms angstig, bijvoorbeeld als ze naar het ziekenhuis moet. Ze wil dan heel graag een (rustgevend) pilletje mee zodat ze hem kan nemen als dat nodig is. Linda wist dat niet, ze gaat het opschrijven en regelen, zegt ze. Mevrouw wil dat niet alleen als ze naar het ziekenhuis moet, ze wil graag standaard zo'n pilletje in huis hebben. Dit is wel lastig, zegt Linda. Mevrouw Van der Sloot heeft haar pillen namelijk niet meer in eigen beheer omdat ze ze niet goed inneemt. Als de inspectie dan komt en medicatie staat op tafel 'dan ben ik de pisang' zegt Linda. Zij is immers verantwoordelijk voor de medicatie. De vriend van mevrouw Van der Sloot valt mevrouw bij en vraagt of ze niet twee halfjes kan krijgen voor in huis. Als ze het heeft zou haar dat geruststellen legt hij uit. Marieke en Linda kijken elkaar aan; 'we kunnen het proberen'. Ze zeggen tegen mevrouw dat ze dan wel moet zeggen wanneer ze het pilletje gebruikt zodat ze daar zicht op hebben.*

*Na afloop van het gesprek praat ik [onderzoeker] nog even na met Marieke en Linda. Linda vindt dit een goed voorbeeld van het voordeel van het iPVB-gesprek, ze wist niet dat dit belangrijk was voor mevrouw en het komt toch naar boven zo. Het is wel een lastige afweging zegt ze, mevrouw krijgt de medicijnen ook niet zelf in beheer omdat ze bang zijn dat ze ze gaat sparen. (observaties 16-2-2018)*

Bovenstaande observatie laat de toegevoegde waarde zien van het in gesprek gaan met bewoners over wat belangrijk is in hun zorg. Tegelijk laat het zien dat regels, in dit geval het idee dat regels van de inspectie en regels rondom veiligheid, in de weg kunnen staan van het leveren van persoonsgerichte zorg. Bewoners willen soms zelf ook dingen die hun gezondheid juist belemmeren, als zij thuis zijn dan zijn zij hier helemaal zelf verantwoordelijk voor. Maar zij zijn niet thuis, de zorgverleners dragen ook verantwoordelijkheid voor hun veiligheid en gezondheid. We gaan hier in de volgende paragraaf nader op in.

#### **4.2.2 Zorg in het verpleeg-huis: dilemma's van het samenbrengen van thuis en zorg**

Een vergelijking die vaak gemaakt wordt om meer persoonsgerichte zorg te leveren is dat het leven van bewoners meer zoals 'thuis' moet worden. Uit de interviews blijkt dat dit idee resoneert bij veel respondenten.

##### *Leven zoals thuis*

In de verschillende instellingen worden allerlei pogingen ondernomen om het leven meer als thuis te laten zijn. Dit is niet alleen goed voor het thuisgevoel maar ook om dementerende bewoners aan te spreken op wat zij nog wel weten en herkennen. In een van de zorgorganisaties is deze visie radicaal ingevoerd in een nieuw gebouwde locatie:

*Je bent 93, hebt je hele leven boven een slaapkamer gehad. Je wordt dement en dan weten we structuur, structuur, structuur is het allerbelangrijkste en wat doen we in de gezondheid in Nederland, allereerste is die structuur omgooien. Hoezo, patiënt, cliënt, bewoner centraal? Nee, de organisatie centraal. Dus op die locatie hebben we beneden de woon- en boven de slaapkamer. Met als gevolg dat het boven hartstikke stil is 's nachts. Met als gevolg dat er weinig gedooled wordt. (bestuurder)*

In andere gevallen gaat het om kleinere aanpassingen om bijvoorbeeld praktische zaken zoals internet of TV aansluitingen te regelen. Daarbij kunnen conflicten ontstaan met regels van de organisatie.

*Maar bijvoorbeeld welzijn, ja het is een stom stokpaardje van mij. Maar we hebben bijvoorbeeld een Turkse mevrouw hier in huis (...). Nou, in de zijvleugel konden we geen internet creëren waardoor ze haar Turkse zenders niet kon ontvangen. En doordat ze nu ook cognitief achteruit gaat, gaat haar Nederlandse kennis, die ze wel had, gaat toch steeds meer terug naar haar Turkse roots. Toen heb ik gewacht tot ik een tweekamerappartement kon aanbieden, want daar kon het wel. Toen zat ze daar eenmaal en toen bleek dat het toch niet mogelijk was om die Turkse zenders te ontvangen. (...) Dan zeg ik: we wonen in een zwarte wijk, moet je al die schotels zien aan de flat. Hang voor de time-being een schotel. Want straks komt Ziggo en dan kan het allemaal wel. Maar ja, dat vindt de huisvesting niet goed. Dan denk ik: wat hebben wij nou te maken met huisvesting, het gaat om die Turkse mevrouw. (medewerker zorgorganisatie)*



Het creëren van een thuisgevoel gebeurt ook door de dagelijkse routines van mensen centraal te stellen, aan te sluiten bij wat bewoners eerder ook deden en meer gezelligheid te creëren in de 'huiskamer' door daar samen te koken, de was te vouwen, naar André Rieu te luisteren, creatieve middagen te organiseren en voor het slapen een advocaatje met slagroom te eten. Maar soms vinden bewoners de taken die passen bij het thuisgevoel ook niet zo leuk:

*Enige tijd later komen Sara en mevrouw Steiner samen teruggelopen. Ze hebben een wasmand bij zich. Sofia heeft de strijkplank neergezet en geeft mevrouw de was aan. Mevrouw Steiner begint te strijken en vouwt de was op. 'Morgen kom ik niet meer hoor als ik dat rotwerk moet doen', zegt mevrouw. 'Oh, gooi de boel maar aan de kant', zegt Sara tegen mevrouw. Ze slaat een arm om haar heen en loopt samen met haar naar de huiskamer. (uit observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

Dit voorbeeld laat zien dat flexibiliteit en creativiteit van medewerkers gevraagd wordt in het werken met dementerende bewoners.

#### *Het afwegen van verschillende waarden*

Naast flexibiliteit is reflexiviteit van belang om zorg meer zoals thuis te maken. Er moeten immers verschillende waarden worden gewogen bij het verlenen van zorg in het verpleeghuis. Dit geldt bijvoorbeeld voor het bieden van meer vrijheid aan bewoners, wat ook hoort bij het 'thuisgevoel'. Een zorgmanager van een van de onderzochte organisaties legt uit:

*Dat is nu de discussie, zorg en vrijheid. Als ik alles loslaat en ik heb nergens sloten op, doen die mensen dan echt de rare dingen die ik verwacht? Of worden ze eigenlijk een stuk rustiger omdat ze denken 'ik kan dat en ik kan zus en ik kan zo en ik word overal geprikkeld en ik word afgeleid en ik heb het weer net als thuis'? Er zijn genoeg voorbeelden dat mensen veel gelukkiger zijn en veel rustiger zijn in een omgeving die lijkt op thuis, zonder sloten (zorgmanager)*

Om zorg zoals thuis te regelen moet er dus kritisch worden gekeken naar de regels in de organisatie. Dat kritisch kijken betekent een afweging maken tussen verschillende waarden. Het is belangrijk daarbij op te merken dat de zorgorganisatie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die er geleverd wordt, niet voor een enkele bewoner maar voor alle bewoners. Daarmee is het verpleeg- of

verzorgingshuis per definitie niet zoals thuis. Deze focus op thuis binnen het verpleeg-/verzorgingshuis levert verschillende dilemma's op waar de wens tot meer persoonsgerichte zorg en meer leven zoals thuis botst met regels rondom kwaliteit en veiligheid. Een simpel voorbeeld over het beheer van de koelkasten toont dit aan:

*Als de kaas beschimmeld is dan zie je dat ook. En het was ook wel grappig. Ik heb wel eens gehoord dat ze zeiden 'nou die stickertjes plakken op die melkpakken, wanneer ze open gedaan zijn, dat doen we thuis ook niet, dus doen we dat hier ook niet.' Dat ze op een gegeven moment toch zeiden van 'ja, maar thuis weet ik wanneer ik een pak open gemaakt heb. Maar hier werk ik niet altijd dus weet ik het niet, dus gaan we toch nog zo'n stickertje erop plakken.'*  
(zorgmanager)

Het streven naar een leven dat aansluit bij wat de bewoner gewend is, maakt de zorg passender. Maar de realiteit wil dat er gemiddeld moet worden tussen de bewoners en hun verschillende wensen. Daarenboven zien we dat de voortschrijding van het ziektebeeld soms ook de thuissituatie niet meer laat passen. Het verpleeghuis is niet hetzelfde als thuis, maar, zoals één van de managers stelt:

*Kijk, een instelling is nooit beter dan thuis, maar als het niet anders kan, is het een mooie woonvorm, vind ik. (zorgmanager)*

In de volgende paragraaf gaan we nader in op de dilemma's die zich voordoen bij het leveren van persoonsgerichte zorg door het samenbrengen van zorg en thuis.

#### **4.2.3 Persoonsgerichte zorg vs. regels**

Het leveren van persoonsgerichte zorg kan conflicteren met verschillende andere waarden in de zorg. Deze waarden zijn ook vastgelegd in verschillende regels. Het bieden van persoonsgerichte zorg betekent daarmee ook dat zorgverleners in conflict kunnen komen met bestaande regels. We gaan hier in deze paragraaf nader op in.

##### *Persoonsgerichte zorg vs. veiligheid, sociale normen en gelijkheid*

Het leveren van persoonsgerichte zorg kan onder andere conflicteren met normen rondom veiligheid. Veiligheidsnormen hebben de laatste jaren veel nadruk gekregen in de zorg. Ook in het nieuwe kwaliteitskader spelen ze een belangrijke rol. Deze veiligheidsnormen zijn belangrijk geweest om

kwaliteit van zorg te verbeteren. Door de nadruk op veiligheid doen zich nu echter ook situaties voor die persoonsgerichte zorg in de weg kunnen staan. De huidige nadruk op persoonsgerichte zorg roept daarmee de vraag op wanneer veiligheidsnormen aan de kant mogen worden geschoven. In de praktijk zien we dat dit soort afwegingen veelvuldig worden gemaakt. Wanneer een bewoner bijvoorbeeld graag wil lopen maar er een hoge kans is op vallen, dan wordt er een afweging gemaakt tussen het risico en de kwaliteit van leven van de bewoner. Een teamcoach reflecteert hierop:

*In een verpleeghuis moet je soms middelen gaan inzetten, dan moet je mensen in een rolstoel met tafelblad zetten, terwijl iemand heel veel loopdrang heeft, dus dan krijgt iemand agressie en wat ga je dan doen? Dan ga je met de familie en met de specialist ouderenverpleegkundige om de tafel zitten. We gaan nu een plan maken. Dus gaan we ervoor dat hij het risico loopt tot vallen, maar wel zijn ding kan doen en vrij relaxed mentaal is? Of gaan we ervoor van: nee, we gaan het risico minimaliseren dus het tafelblad gaat erin maar daarnaast is hij wel agressief, hij eet en drinkt niet en iedereen die in zijn buurt komt slaat hij van zich af? Welke keus gaan we maken en uiteindelijk ga je met z'n drieën in overleg en dan ga je de minst kwade kiezen. Dat is ontzettend lastig en soms gaat dat compleet tegen je gevoel in. (teamcoach)*

Er doen zich vergelijkbare dilemma's voor tussen persoonsgerichte zorg en sociale normen van zorgverleners en familieleden. Zo vindt familie het soms belangrijk dat bewoners meedoen aan activiteiten terwijl bewoners daar niet altijd zin in hebben. Familie hecht er in andere gevallen sterk aan dat bewoners er netjes uitzien, terwijl dat in de dagelijkse gang van zaken niet altijd prioriteit heeft.

*Als ze [familieleden] altijd om half 2 komen en ze [bewoners] hebben net lekker gegeten maar willen geen slab en de blouse is weer vies, dan is het van 'mijn moeder loopt de hele dag met een vieze blouse.' (bestuurder)*

Aandacht voor meer persoonsgerichte zorg brengt ook het probleem van ongelijkheid met zich mee. Zorg afstemmen op de individuele wensen van de bewoner betekent per definitie dat er verschillen ontstaan tussen bewoners. Sterker, verschil wordt onderdeel van goede kwaliteit van zorg. Dit vraagt tegelijkertijd wel om reflectie wanneer de verschillen tot ongelijke behandeling van bewoners leiden, waardoor de één meer voor elkaar krijgt dan de ander.

*Een zorgmedewerker noemt het voorbeeld van een wensboom die ze hadden gemaakt. Daar komen ook weer kleine dingen uit zoals dat iemand een keertje naar de Kruidvat wil. Ze gaan*

*dan kijken hoe ze dat mogelijk kunnen maken. Ze hebben het eerst zo gedaan dat medewerkers en vrijwilligers een blaadje van de wensboom kunnen halen maar dan kiezen ze allemaal voor de 'leuke' bewoners waardoor anderen minder aandacht krijgen. (observaties Waardigheid en trots congres, 4-7-2017)*

Om gelijkheid te borgen zijn regels volgens sommige respondenten van belang. Hetzelfde geldt voor normen rondom kwaliteit en veiligheid. Kwaliteit en veiligheid van zorg moeten immers ook in het geval van meer persoonsgerichte zorg worden geborgd.

#### *Persoonsgerichte zorg en verantwoording*

Het thema verantwoording is belangrijk bij het omgaan met afwegingen rondom persoonsgerichte zorg en veiligheid. Soms wordt gekozen mensen rond te laten lopen ondanks het risico op vallen. Dan wordt dit besproken met de familie en als zij erachter staan wordt het 'geaccepteerde risico' in het ZLP geregistreerd. Voor professionals is de acceptatie van deze risico's niet gemakkelijk, zij voelen zich verantwoordelijk en ook schuldig wanneer er iets gebeurt:

*Gisteren hadden we een werkgroep [over meer bewegingsvrijheid voor bewoners, en dat sommige bewoners eventueel zelf naar buiten mogen] en toen had Annette [zorgmanager] een presentatie en daar stond zo mooi in: vrijheid en veiligheid. En toen zei de specialist ouderengeneeskunde: 'En daar moet dan ook eigenlijk verantwoordelijkheid bij.' En dat is inderdaad wat de familie aangeeft en wat de medewerkers ook lastig vinden: 'stel ik laat die meneer naar buiten gaan in mijn dienst en hij wordt hier voor de deur aangereden, ja, wie is dan verantwoordelijk hè?' (zorgmanager)*

De afwegingen van de wensen en risico's bezorgen de medewerkers hoofdbrekens en soms moeten zij tegen hun eigen gevoel in handelen. Als gezegd zijn zorginstellingen tegelijkertijd verantwoordelijk voor de gezondheid en veiligheid van bewoners. Daarom wordt niet altijd voorrang gegeven aan de wensen van bewoners, zo laat een observatie die werd besproken in het kwaliteitsinstrument Beelden van Kwaliteit zien:

*Iedereen is ondertussen klaar met eten. Meneer Baumann pakt een nieuwe boterham uit de zak die op tafel ligt. Julia zit naast hem en pakt de boterham van zijn bord af. 'Nee, je hebt wel genoeg gehad', zegt ze tegen hem. 'Nou, ik mag toch nog wel een boterham?', antwoordt*

*meneer. 'Je mag anders nog wel een beetje soep', zegt Julia tegen meneer. 'Nou, oké...doe dat dan maar...', antwoordt meneer Baumann. Julia schept hem nog een kop soep in.*

*'Het is eigenlijk zo zielig als je wat van hem afpakt, maar hij heeft geen rem. Dan raken zijn suikers zo ontregeld. Je moet hem dan wel wat anders aanbieden vind ik... We hadden het ook eigenlijk uit het zicht moeten zetten, dat was onze fout', legt Julia uit. (observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

De dilemma's die in de dagelijkse praktijk van de zorg naar voren komen vragen van de zorgverleners creatieve aanpassingen en alternatieve aanpakken. Dat wat we in de literatuurstudie als 'tinkering' of 'knutselen' hebben beschreven betekent hier soep aanbieden in plaats van een boterham, een liedje zingen of dansje maken om iemand af te leiden en op te vrolijken, of even met iemand de ezels gaan voeren als hij het gevoel heeft dat hij naar huis moet omdat de koeien moeten worden gemolken.

Bovenstaande beschrijving laat zien dat het leveren van persoonsgerichte zorg vraagt om het vinden van een balans tussen aandacht voor het welzijn van bewoners, waarbij een huiselijke setting belangrijk is, aandacht voor kwaliteit en veiligheid van de functionele zorg, en verschillende ideeën daarover tussen bewoners, medewerkers en familieleden. De vraag wordt dan wie deze afwegingen maakt.

#### **4.2.4 Van wie is de regie?**

De vraag die bij het maken van afwegingen tussen persoonsgerichte zorg en regels rondom kwaliteit en veiligheid centraal staat is niet alleen wie verantwoordelijk is, maar ook wie uiteindelijk bepaalt wat er moet gebeuren. Ligt de regie bij de bewoner, zijn of haar familie of bij de zorgprofessional?

##### *Regie bij zorgverleners of familie van de bewoner*

De opvatting dat zorgverleners of familieleden weten wat belangrijk is voor bewoners wordt vaak gehoord. Op veel momenten in de zorg lijkt dit ook het geval, daarom wordt er ook gepleit voor het meer ruimte geven aan zorgprofessionals om meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken (meer hierover in paragraaf 4.3). De hierboven beschreven resultaten laten echter ook zien dat verschillende ideeën over goede zorg kunnen botsen. Dit kan tot conflicten leiden tussen zorgverleners en familie

van bewoners. Er kan strijd ontstaan over wie het beste weet wat goed is voor de bewoner. Een zorgmanager geeft een voorbeeld:

*We hebben ooit iemand gehad die zover ging dat ie zelfs tegen familie zei van 'ik weet beter wat uw moeder... want ik zorg 24 uur voor haar'. (zorgmanager)*

#### *Regie bij zorgverleners of bewoners*

Naast verschil van mening over afwegingen rondom persoonsgerichte zorg, veiligheid en sociale normen kan het ook gaan om afwegingen over wat bewoners nog zelf kunnen doen en wat de taak is van zorgverleners. De vraag is dan opnieuw wie de regie heeft over deze beslissing. Onderstaand voorbeeld laat zien dat dit de bewoner kan zijn:

*Meneer zit in zijn stoel en krijgt pap, hij wil maar 70 procent van de pap, anders is het te veel. Verzorgende Ineke moet laten zien hoeveel er in het bakje overblijft. Zij warmt de pap op in de magnetron. Meneer eet zijn pillen met behulp van wat appelmoes. Hij zit in zijn eigen stoel achter een roltafeltje met alle spullen in een specifieke opstelling. Hij is precies. Doet alles volgens vast ritueel en vraagt dat ook van de medewerkers. (observaties 6-3-2018)*

Bovenstaande observatie geeft weer dat een bewoner die met erg veel geholpen moet worden, desondanks de regie stevig in handen heeft als het gaat over wat hij eet en hoe hij zijn pillen wil slikken. De zorgverleners gaan zeer respectvol met zijn strenge regels om. Het is helemaal duidelijk waar die regels vandaan komen en waarom die er zijn.

Goede zorg betekent dat niet alles wat de bewoner nog zelf kan uit handen genomen wordt. Het stimuleren handelingen te blijven doen, ook al zijn ze soms een beetje gevaarlijk, wordt door respondenten belangrijk gevonden:

*Meneer Weber staat in de keuken. Hij pakt water uit de waterkoker en schenkt zelf een kopje vol. 'Hier staan de theezakjes Hans', zegt Anna tegen hem. Meneer pakt een theezakje. 'Doe hem maar hierin', zegt ze. Meneer doet het zakje in de thee en roert. Anna klopt hem even over de rug en loopt verder. Meneer neemt een slok van zijn thee en staat rustig in de keuken om zich heen te kijken. Hij zet zijn thee weer weg en loopt de gang in. (observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

Ook in de iPVG-gesprekken is opgenomen dat gekeken wordt wat mensen die voorheen verzorgd werden nog zelf kunnen. Dit heeft soms als uitkomst dat bewoners minder zorg krijgen dan ze

voorheen gewend waren en dat leidt wel eens tot frustratie van de bewoners. Zelf activiteiten ondernemen kan gezien worden als vorm van regie van bewoners, maar dat betekent niet dat zij altijd de regie voeren over het besluit om iets wel of niet zelf te doen. Een zorgverlener vertelt over haar ervaringen met het voeren van een iPVB-gesprek waarin ze tot de conclusie kwam dat een bewoner meer zelf kan doen.

*Karin vertelt dat ze een gesprek gehad hebben met een mevrouw die ook zelf weer wat meer kon doen. Daar was mevrouw niet zo blij mee. Ze vroeg altijd of de verzorging het bed wilde opmaken en het vuilnis wilde wegbrengen. Dat deden ze meestal wel, maar nu niet meer. De medicijnen kan ze eigenlijk ook wel zelf maar dat blijven ze wel doen, daar hebben ze een beetje een compromis gesloten. Mevrouw vond het bed niet erg, maar is boos over het vuilnis. (observaties, 13-2-2018)*

Op andere momenten leggen zorgverleners juist de nadruk op het overnemen van taken en proberen ze bewoners te overtuigen dat dit beter voor hen is, bijvoorbeeld om de hygiëne te verbeteren, zoals de volgende observatie van een iPVB-gesprek laat zien.

*De dochter van mevrouw Klaassen die bij het gesprek aanwezig is vertelt dat de tandarts van mevrouw wil dat haar gebit beter gereinigd wordt. De tandarts wil dat ze vaker langs komt. Mevrouw geeft te kennen dat niet te willen. 'Moet u geen hulp krijgen dan?' vraagt Trea (verzorgende). 'Nou ja', zegt mevrouw, 'ik doe wat ik kan'. 'Wij kunnen u helpen toch?' Mevrouw dacht dat ze het zelf wel goed kon. Ze spoelt ook goed. Dochter: 'dat is geen tanden poetsen.' Mevrouw doet wat ze kan, herhaalt ze. Trea vraagt of ze echt geen hulp wil. 'Misschien wel', zegt mevrouw. Trea stelt voor het vanavond te proberen. Mevrouw geeft toe, ze herhaalt dat ze dacht dat ze goed bezig was. 'Als het niet bevalt, stoppen we weer', zegt Trea. (observaties, 13-2-2018)*

Soms worden ook taken overgenomen omdat zorgverleners vinden dat het te lang duurt om het bewoners zelf te laten doen. Tijdsdruk en personeelstekort spelen daarbij een belangrijke rol. Uit het onderzoek blijkt dat de regie over dit soort besluiten veelal bij zorgverleners zelf ligt.

#### *Regie bij bewoners of familie*

Familie en vrienden kunnen een belangrijke rol spelen in de ouderenzorg. Zij nemen bepaalde zorgtaken over zoals wandelen, afwassen, boodschappen doen en ondersteunen bewoners tijdens



gesprekken met zorgverleners. We zagen hierboven echter ook dat familie soms andere opvattingen heeft over goede zorg dan bewoners zelf. Voor bewoners kan het dan moeilijk zijn om tegen hun familie in te gaan, zo zagen we tijdens onze observaties. Zorgverleners vertellen dat ze in dat soort gevallen ook proberen om ervoor te zorgen dat de wensen van bewoners toch centraal komen te staan, maar dit is niet altijd een makkelijke opgave.

*In een gesprek tussen mevrouw Bos, haar dochter en Karin en Erica blijft de dochter benadrukken dat het niet goed gaat met mevrouw. Mevrouw maakt echter een blijde tevreden indruk en zegt desgevraagd ook dat ze tevreden is. Erica zegt na het gesprek dat ze dit een lastig geval vindt want ze moeten mevrouw echt een beetje apart nemen van haar dochter om de wensen van mevrouw zelf helder te krijgen. De dochter is erg dominant en negatief en dat is vervelend (observaties, 13-2-2018)*

Ook kunnen wensen van de familie ingaan tegen het idee van persoonsgerichte zorg. Een zoon wil bijvoorbeeld dat de kamerdeur van zijn moeder op slot gaat in een organisatie waarin iedereen vrij mag rondlopen waar hij of zij wil. Soms helpt het formuleren van regels waarin persoonsgerichte zorg wordt vormgegeven de medewerkers om de niet passende ideeën van de familie te weerleggen. Regels geven dan ook zeggenschap.

#### **4.2.5 Wat is goede zorg?**

De vraag achter bovenstaande dilemma's en afwegingen is: wat is nu eigenlijk goede kwaliteit van zorg? Reflectie op deze vraag is belangrijk om goede afwegingen te kunnen maken.

##### *Beslisruimte van individuele zorgverleners*

Deels ligt de afweging over wat gezien moet worden als goede zorg bij individuele zorgverleners, zo zagen we. Daarvoor bestaat dus regelruimte. Zorgverleners gaan daar verschillend mee om, wat ook weer kan bijdragen aan mogelijke ongelijkheid in de verleende zorg. Zorgverleners gaan bijvoorbeeld verschillend om met de wens van bewoners om dagelijks te douchen, zo zagen we tijdens de observaties. Soms wordt dit als optie aangeboden, in andere gevallen zeggen zorgverleners dat dit niet mogelijk is omdat ze daar de tijd niet voor hebben. Ook maken zorgverleners verschillende afwegingen over wat mensen nog wel en niet zelf zouden moeten doen.

*Moet je dan tegen diegene zeggen die ik als een speer naar beneden zie lopen, van 'nou u kunt makkelijk zelf uw afwasjes doen.' Ja, zegt zij: 'ja, ik sta zo moeilijk, het lopen op zich gaat wel prima, maar ik sta zo moeilijk. Ik kan niet echt los staan.' Ja, dan denk ik van, ja, ik doe het één keer op een dag. Dat ene bordje, kopje of kommetje, dan denk ik, ik vind dat niet vertroetelen. (verzorgende)*

### *Wat is zorg?*

Zeker rondom welzijnsaspecten worstelen zorgverleners met de vraag wat nu zorg is en wat niet. Is een wandeling maken met bewoners onderdeel van de zorgverlening of is dit iets extra's dat bijvoorbeeld aan familie of vrijwilligers gevraagd moet worden? Ook aandacht voor andere welzijnsaspecten roept de vraag op wat gezien moet worden als zorg en wat niet.

*Ik [onderzoeker] praat nog even met Trea [verzorgende] over de discussie wat is welzijn en wat is extra? Is wel een lastige discussie vindt Trea ook. Zij lijkt vooral intuïtief de grens te trekken. Er is een mevrouw en voor haar doe je nooit genoeg, zij klaagt daarover tegen Trea en niet alleen tegen haar, ook tegen haar dochter ook al zegt ze dat ze niet wil klagen... Mevrouw ging altijd zwemmen maar daar heeft ze nu ook hulp bij nodig met aan- en uitkleden, dat kunnen ze niet voor haar doen. Daar ligt voor Trea wel een grens. (observaties, 13-2-2018)*

Op andere momenten lopen zorg en welzijn vaak door elkaar en gaat men ervan uit dat juist de vermenging van zorg en welzijn goede zorg maakt:

*Mevrouw Schmid zit aan tafel bij de koffie. 'Ik ben zo duizelig...', zegt ze. 'Gebruikt ze die lichtbak nog?', vraagt Julia aan Sara. 'Anders gaan we zo even de ezels voeren, even een frisse neus halen. Ik ga wel met je mee zo', zegt Julia tegen mevrouw Schmid. Mevrouw blijft voor zich uit kijken. Haar ogen staan droevig en haar mondhoeken hangen naar beneden. 'Niet in blijven hangen hè? Het is de tijd van het jaar, daar moet je weer even aan wennen', zegt Julia tegen haar. 'Als ik wat heb is het altijd zo erg...', zegt mevrouw. 'Oh nee, dat denk je maar. Je kan nog zoveel!', zegt Julia. Mevrouw kijkt wat sip. 'Je bent echt een buitenmens. Ik ken je, ga zo maar even mee naar buiten. Niet zo zwaar meer aan tillen. Ik ga met je mee, gaan we de ezels voeren', zegt Julia. (observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

Geen lichtbak maar echt buitenlicht en -lucht om de depressie te verdrijven en de ezels die buiten staan vormen een doelgericht punt om naartoe te wandelen. In een observatie die werd besproken in

het kwaliteitsinstrument Beelden van Kwaliteit vertelt een dochter van een van de bewoners dat haar moeder zoveel beter is geworden na opname in deze zorginstelling:

*Mijn moeder heeft het goed hier! Ze zorgen goed voor haar. Mijn moeder heeft hiervoor op een grote afdeling gezeten, maar daar ga je op in de massa. Daar kreeg mijn moeder een gemalen maaltijd omdat het slikken niet veilig was. Maar er is nooit meer gekeken of dat verbeterd was. Toen kwam mijn moeder hier en nu eet ze gewoon met de pot mee, vanaf dag één! Omdat de zuster hier de tijd heeft om naast haar te zitten en haar te helpen.*

*Later vertellen de medewerkers hierover dat dit in samenwerking met de logopedie is opgebouwd en zij leerden mevrouw beter kennen en kwamen erachter dat mevrouw niet van kaas hield maar wel heel erg van hazelnootpasta. (observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

Een ander voorbeeld van wat tot zorg gerekend moet worden en wat niet, is de discussie of knuffelen onderdeel is van goede zorg. Daar wordt door zorgverleners verschillend over gedacht.

*We hebben het over of knuffelen en lichamelijk contact ook onderdeel is van goede kwaliteit van zorg. Sommigen zijn daar huiverig voor uit angst voor klachten over seksueel overschrijdend gedrag. Er is daarover een klacht geweest in de organisatie, vertelt Henk. Een heel actieve medewerker, naar bewoners toe heel betrokken, had een bewoner die altijd onrustig naar bed ging. Is daar toen (gekleed) bij in bed gaan liggen tegen meneer aan. Meneer was daar rustig van geworden en in slaap gevallen. Collega had dat gezien en een klacht ingediend. Henk en Janna vinden dit juist een voorbeeld van goede zorg, maar de medewerker in kwestie is ontslagen. (observaties, 31-10-2017)*

In de organisaties is tegelijkertijd juist veel aandacht voor aanraking. Dementerenden hebben daar vaak behoefte aan, dat wordt ook wel 'huidhonger' genoemd. Zorgverleners maken een dansje, aaien over een hand, leggen een arm om de schouder of wandelen gearmd naar buiten. Juist aanraking, evenals het stimuleren van andere sensorische systemen zoals smaak en geur, zijn belangrijk. Er wordt gedacht aan het gebruiken van etherische olie, het aanbieden van massages of gebruik van lekkere luchtjes. De vraag is ook hier waar de grens wordt gelegd met betrekking tot goede zorg.

#### **4.2.6 Conclusie**

Uit deze paragraaf blijkt dat het belang van meer persoonsgerichte zorg breed gevoeld wordt. Daar wordt op een verschillende manier invulling aan gegeven en persoonsgerichte zorg komt op verschillende manieren in botsing met regels rondom kwaliteit en veiligheid. Ruimte voor individuele afwegingen is bij het leveren van persoonsgerichte zorg belangrijk. Strakke regels passen daar niet bij, zo benadrukt een aantal respondenten. Tegelijkertijd is reflectie over dit soort vraagstukken over kwaliteit van zorg van belang, om zo van elkaar te leren en goede afwegingen te maken die recht doen aan verschillen tussen bewoners. Dat leerproces is ook een belangrijke pijler van het kwaliteitskader. Deze reflectie vindt binnen zorgorganisaties in meer of mindere mate en op verschillende manieren plaats, zo zagen we. In de volgende paragraaf gaan we in op de ideeën van onze respondenten hierover en hun ervaringen hiermee.

### **4.3 Experimenteerruimte: op zoek naar passende regels**

In deze paragraaf gaan we nader in op de manieren waarop partijen in de ouderenzorg proberen regelruimte te creëren en te experimenteren met nieuwe manieren van sturing. Het reflecteren en leren – of zoals een lid van de Kwaliteitsraad het noemde: ‘het samen leren verbeteren’ – gebeurt op verschillende niveaus. We bespreken hieronder het niveau van het individu, het team, de organisatie, externe partijen en de publieke opinie. Daarna bespreken we het belang van het aan elkaar koppelen van deze niveaus en de manieren waarop dat gedaan kan worden.

#### **4.3.1 Individuen: de rol van rebellen**

Individen in de organisatie spelen een belangrijke rol in het tot stand brengen van persoonsgerichte zorg en het creëren van de experimenteerruimte die daarvoor nodig is.

##### *Ruimte voor zorgverleners*

Zoals we hierboven zagen komt persoonsgerichte zorg al zoekend en wegend tot stand. Wat persoonsgericht is, is vaak niet op voorhand te bepalen. Dat vergt veel van zorgverleners. Zij moeten enerzijds regelgeleid handelen en protocollen volgen voor de medisch-technische of functionele zorg. Anderzijds moeten zij voor het leveren van persoonsgerichte zorg ook vrij en creatief kunnen denken.

Dit betekent dat individuele zorgverleners ruimte moeten krijgen om afwegingen te maken. De verschillende instrumenten die de instellingen hebben ingevoerd bieden deze ruimte. In de instelling waar geëxperimenteerd is met het iPVB, wordt hier bijvoorbeeld op gewezen tijdens een training voor medewerkers:

*Dat is het mooie en het lastige, zegt de projectleider, het gaat om het individu, gezien zijn of haar gezondheidsrisico, welzijn- of zelfzorgtekort. Het gaat dus niet meer zo zijn dat het zorgkantoor of CIZ zegt wat er moet gebeuren, maar het gaat gebeuren in het gesprek. Hij snapt dat dat wel een beetje eng is: misschien doet je collega het anders, misschien zit je niet lekker in je vel en heb je geen zin in het gesprek, maar zo gaan we het wel doen. Er komen geen lijstjes van 'zo is het goed', het blijft het gesprek van jou met de klant. Hij vraagt: 'Vinden jullie dat eng of leuk?' 'Dat kan ik nog niet zeggen eigenlijk', zegt iemand. Een ander vindt het niet eng: 'wij weten het toch het beste samen met cliënt en familie, waarom zou een kantoor die de mensen niet kent dat bepalen?' (observaties, 16-11-2017)*

Het werken zonder regels vergt durf. Soms is er nog meer durf nodig wanneer zorgverleners vinden dat zij beter zouden kunnen afwijken van de gestelde regels.

#### *De rol van rebellen: het regelen van goede zorg voor de bewoner*

Wij hebben individuen of groepen die regels van de organisatie negeren of oprekken met als doel tot betere zorg te komen eerder aangeduid als rebellen. Sommige van onze respondenten presenteerden zichzelf in de gesprekken die we voerden ook als zodanig. Zij blijken voor te komen op allerlei posities in de organisaties, van zorgverlener tot bestuurder. Een van de zorgverleners vertelt hoe zij haar invloed inzet om regels te buigen en tot goede zorg te komen:

*Er was hier een echtpaar. De meneer heeft een ZZP-6, die heeft van alles, heel zorgafhankelijk, 90 jaar. Zijn karakterstructuur is heel claimend naar de verzorger toe, maar ook naar zijn vrouw toe. En zij wonen samen in dat appartement, maar zijn vrouw raakte volledig overbelast. Zij hadden de flat aangehouden waar zij woonden. Dus die vrouw is weer terugverhuisd naar de flat, maar zij is ook slecht ter been, zij moest dan een half uur op de taxi wachten en dan kon ze tien minuten naar haar man en dan weer terug. Dus het zou mooi zijn als ze in de aanleunwoning van haar man kon wonen. Toen is er overleg geweest, de zorg-consulent heeft heel erg haar best gedaan. Het lukte allemaal niet, want omdat ze nu gescheiden wonen, worden die inkomsten ook gescheiden berekend. Had hij genoeg inkomen maar zij niet, want*

*zij was huisvrouw geweest. Dus zij kwam niet in aanmerking voor een appartement want het was te duur. Toen heb ik als contactverzorgende contact opgenomen met die dochter, en ik zei als ik nou eens al die stukken doorstuur naar onze bestuurder? Ja, je weet maar nooit wat daaruit voortkomt. Dus ik heb alles doorgestuurd en binnen een week was het rond. (verzorgende)*

Het bovenstaande citaat laat zien dat er vaak meer nodig is dan een individuele rebel: het was de verzorgende die een te starre regel signaleerde, en de bestuurder die open stond voor haar argumenten en besloot om van de regel af te wijken. Vaak zien we dat het creëren van ruimte om af te wijken van regels plaatsvindt in wisselwerking tussen individuen. Steeds gaat het erom dat in deze wisselwerking de cliënt centraal staat en dat er een context wordt gecreëerd waarin goede zorg mogelijk is voor die cliënt (of een groep) waarbij regels aangepast worden.

#### *Rebelleren binnen het systeem door het normale te bevragen*

Een ander kenmerk van rebellen is dat zij kritiek hebben op het systeem, maar zich niet helemaal van dat systeem afkeren. Onderstaand citaat, afkomstig van een zorgverlener die vertelt over haar ontmoeting met Hugo Borst (samen met Carin Gaemers initiatiefnemer van het manifest 'Scherp op Ouderenzorg'), illustreert dat het gaat om weloverwogen beslissingen om van sommige regels af te wijken.

*Hij heeft voor mij voor in zijn boek geschreven: 'Fuck the system'. Ga zo veel mogelijk je eigen gang. En niet dat ik dat nou echt doe, maar ook weer wel. Omdat je soms ook risico's moet durven nemen om dingen voor elkaar te krijgen. En als iemand al in paniek raakt omdat de bloeddruk de dag na de opname is opgenomen en niet op de dag zelf, dan denk ik: denk na. Maar dat is er natuurlijk ook ingeramd van hogerhand. Dat je je aan die regels moet houden, anders word je erop afgerekend. (verzorgende)*

Deze respondent vertelt dat zij voorheen zelf ook wel klaagde over "dat geschrijf op die laptop" of dat je "van alles moet", maar dat ze gaandeweg meer zelf is gaan nadenken. Ze kijkt nu meer naar het uiteindelijke doel dat ze wil bereiken, dan dat ze blind de regels volgt. Ook andere respondenten zeggen hun "common sense" te gebruiken (manager facilitaire zaken), of "buiten de lijntjes kleuren" (manager finance & control), omdat regels te vaak een doel op zich geworden zijn die het daadwerkelijke doel in de weg staan. Doelgerichte ongehoorzaamheid kwamen we ook tegen bij een

van de bestuurders. Hij geeft aan dat rebel-zijn zijn levensmotto is, omdat in het zoeken naar wat goede zorg is de kracht van goede zorg zit:

*Als iedereen a zegt, zeg ik per definitie b, ook al ben ik het eens met a. Dus echt, het is mijn levensmotto om steeds vragen te stellen. Dat is ook wat Dominicus deed. Er is geen waarheid, er is geen Veritas. Het onderzoeken, dat is de waarheid. (bestuurder)*

Rebellen zijn niet rücksichtslos tegen regels, er zijn volgens hen op verschillende gebieden, waaronder de medisch-technische, juist ook strenge regels nodig. Zo zegt de bestuurder van De Herbergier, die zichzelf ook een rebel noemt, dat het medicatiebeleid “gewoon duidelijk moet zijn”. En tijdens een werkgroep over kwaliteit, waarin ter sprake komt dat “mensen hun eigen regels maken” op het gebied van medicijnen (door ze bijvoorbeeld eerst af te tekenen en daarna pas uit te delen), zegt een manager dat je van sommige regels mag afwijken, maar niet van deze: “Er zijn dingen, ook al heb je een goede reden, die moet je gewoon niet doen.”

Rebelleren betekent dus eigenlijk: dat wat normaal is bevragen en openstaan voor en iets doen met eventuele onvrede, zonder het belang van bepaalde regels te bagatelliseren. Rebellen zijn niet alleen maar ongehoorzaam, maar zoeken oplossingen om een andere koers te kunnen gaan varen. Rebellen moeten durf hebben hun onvrede bespreekbaar te maken. Rebelse individuen of groepen kunnen het echter niet alleen, ook op andere niveaus is ruimte nodig om het anders te doen om meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. In de ouderenzorg wordt hier onder andere aan gewerkt door het toevoegen van meer mogelijkheden tot zelfsturing in de organisatiestructuur.

#### **4.3.2 Teams: zelfsturing als het nieuwe motto**

Regelruimte wordt niet alleen gecreëerd op het niveau van individuen, ook op het niveau van teams is er veel aandacht voor, specifiek in de vorm van zelfsturende (of zelforganiserende) teams. Zelfsturende teams hebben tot doel zorgverleners meer ruimte te geven om hun werkzaamheden in te richten op een manier die zij zelf passend vinden. Het lijkt de ultieme regelruimte en in verschillende organisaties zijn er goede ervaringen mee.



### *Het bevragen van regels binnen het team*

Een teamcoach vertelt dat het tijd heeft gekost voordat zorgverleners gewend waren aan hun nieuwe rol, maar dat ze nu ziet “*dat mensen vooruit willen*” en “*dat mensen opstaan*”: ze zijn met scholing bezig en durven hun mening te geven en elkaar tegen te spreken. Belangrijk is dat zorgverleners elkaar binnen teams bevragen over wat goede zorg is en dat ze regels en normen ter discussie durven te stellen. Dit kunnen ook de normen van zorgverleners zelf zijn, zoals onderstaand voorbeeld laat zien:

*Een van de bewoners legt volgens de verzorgende (in gesprek met psycholoog over gedrag van cliënten) tijdens het eten haar gebit op tafel. Rosa noemt dit ‘ongepast gedrag’. Ook loopt deze vrouw van tafel, terwijl Rosa vindt dat ‘iedereen aan tafel hoort te eten’. De psycholoog vraagt waarom Rosa dat belangrijk vindt, voor wie is dat belangrijk? Rosa zegt ‘misschien zit het wel allemaal in mijn hoofd’. Maar het kan ook voor onrust zorgen voor de anderen. (observaties, 20-2-2018)*

### *Zelfsturing ingebed in de organisatie*

In sommige organisaties is de eigen regie van zorgverleners ver doorgevoerd. Ze bepalen daar zelf de bezetting en mogen het budget daarvoor naar eigen inzicht invullen. Ze kunnen dan zelf bepalen op welke delen van de dag zij meer personeel nodig hebben. Overdag, als het op veel afdelingen rustig is en er wordt “*gelummeld*”, zoals een bestuurder dat noemt (er is dan tijd voor gewone praatjes en liefdevolle aandacht), is er misschien niet zo’n zware bezetting nodig. Er zijn teams die overdag en ‘s avonds daarom wat minder medewerkers laten werken om met twee mensen in de nachtdienst te kunnen zijn. Een manager zegt hierover:

*Nou, ook daarin maken de teams zelf keuzes. We hebben nu een team, die vinden het naar als ze ‘s nachts alleen zijn. Op 28 bewoners, dan moet je het toch zo weten in te delen dat ze overdag minder medewerkers hebben zodat ze ‘s nachts met z’n tweeën zijn. Ik ben er zelf niet voor, maar als dat team zelf zegt ja daarom en daarom, ja het team maakt zelf de keuzes. Zij kunnen het betalen, dus waarom zouden we het dan niet doen? (zorgmanager)*

De genoemde voordelen betekenen echter niet dat alle teams zelfsturend zouden moeten worden. Een beleidsmedewerker van VWS, die veel voorbeelden heeft gezien van goed en minder goed functionerende zelfsturende teams, zegt:

*Je kan een visie hebben van zeer zelfsturende teams, waarbij die teams zelfs doen aan werving van collega's. Ja, het is een bijzondere visie, maar ik heb het zien werken, dan heb je op papier bijna geen overhead. Prima, als dat in je cultuur zit en de bestuurder staat erachter en dat wordt goed gefaciliteerd met ICT, of visie, of regie, of opleiding, dan moet je dat doen. Ik denk dat het goed is als je in ieder geval hebt nagedacht over hoe je het wilt en dat doorleefd hebt vertaald naar wat dat betekent op de werkvloer. En daar zie ik eigenlijk alles tussenin. Dus van eigenlijk niet functionerend tot aan echt wel heel goed. (projectleider VWS)*

Dit citaat laat zien dat zelfsturende teams ook ingebed moeten zijn in de organisatie. Regelruimte en zelfsturing op het niveau van teams moeten passen bij en gefaciliteerd worden door de organisatie als geheel. Uit minder geslaagde voorbeelden van zelfsturing binnen de door ons bestudeerde organisaties blijkt dat het vraagt om: *training en begeleiding* (medewerkers hebben er bepaalde vaardigheden voor nodig); *tijd en stabiliteit* (medewerkers moeten aan hun nieuwe rol wennen); *afbakening* van wat er wel en niet onder valt (niet alle taken lenen zich voor zelfsturing); en *medewerking* vanuit de gehele organisatie (als er flexibel georganiseerde zorgteams zijn, moeten andere afdelingen binnen de organisatie daar ook mee om kunnen gaan). Hieronder lichten we het belang van het organisatieniveau verder toe.

#### **4.3.3 Organisaties: ruimte bieden voor reflectie**

Het aanpakken van regeldruk is niet alleen aan individuen en teams. We zagen al dat het belangrijk is dat organisaties zelfsturende teams en rebellen faciliteren. Maar zorgorganisaties ondernemen ook andere activiteiten om iets aan de problematiek van regeldruk te doen.

##### *Het schrappen van onnodige regels*

Het iPVB is daar een voorbeeld van. Nu Stichting Niko met het iPVB werkt hebben ze andere regels geschrapt om dubbel werk en registratielast te voorkomen.

*Bijvoorbeeld geen zorgleefplannen meer, geen multidisciplinair overleg twee keer per jaar, geen uitgebreide rapportages...daarvan hebben we gezegd: wij doen alleen nog maar wat wet- en regelgeving van ons vraagt en het liefst nog iets minder. (...) We hebben er een andere structuur naast gezet die wat ons betreft veel meer bij de bedoeling van die regelgeving ligt. (bestuurder)*

In twee van onze casus-organisaties is geëxperimenteerd met een digitale Rode Knop of Kafkaknop. Hiermee kunnen medewerkers voor hen onzinnige regels en registraties melden en suggesties voor oplossingen doorgeven. Vervolgens wordt in deze organisaties samen nagedacht om te kijken of de regel geschrapt kan worden. In beide organisaties is een team opgezet dat na ontvangst van een melding van een onzinnige regel op onderzoek moet uitgaan. Enkele voorbeelden:

- *Melding: Afspraken rond medicatie moet in zorgleefplan en op een afsprakenformulier medicatie, dat is dubbele administratie. Reactie: Inderdaad dubbele registratie, formulier kan afgeschaft worden.*
- *Melding: Papieren en digitale telefoonboekje worden naast elkaar gebruikt, maar komen niet met elkaar overeen. Reactie: Ontwikkeling binnen organisatie om steeds meer digitaal te werken, daarom geen papieren telefoonboekje meer.*

Een andere melding ging over het weegprotocol waarvan de medewerkers zich afvroegen of dat wel nuttig was. Een kwaliteitsfunctionaris van de organisatie vertelt hoe hier mee is omgegaan:

*Het voorbeeld van het weegprotocol lag wel wat ingewikkelder: het wegen lag vast in de richtlijnen. Er was een speciale weegdag per maand. Dat kostte de zorg veel tijd en bewoners vonden het niet prettig iedere keer gewogen te worden. We zijn dat gaan uitzoeken en in de regelgeving stond nergens dat je iedereen eens per maand moest wegen. Er werd alleen aangegeven dat je dat regelmatig moest doen om het gewicht in de gaten te houden, maar dan eens per drie maanden tenzij er aanleiding was voor meer controle. Dat hebben we nu in onze werkwijze aangepast en zo doen we ook met tensie [bloeddruk] meten, niet standaard altijd maar alleen als het nodig is. Dat is wel een mooi voorbeeld. Maar nu vragen medewerkers wel eens waarom ze eigenlijk eens per drie maanden moeten wegen... dat vinden ze nu ook onzin. We hebben daar toen discussie over gevoerd en we hebben een infographic gemaakt waarom dat nodig is als basiselement van goede zorg. (kwaliteitsfunctionaris)*

Uit bovenstaand voorbeeld wordt duidelijk dat het bevragen van gewoonten en standaarden nuttig is in het gezamenlijk bepalen wat goede zorg eigenlijk is. Ook wordt duidelijk dat medewerkers door deze structuur gestimuleerd worden onzinnige regels te melden en mee te denken over oplossingen. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid niet weggehaald maar juist teruggelegd bij iedereen die in de organisatie aan het werk is. De schrapsessies die door de VvAA georganiseerd zijn werken op nationaal

niveau op een vergelijkbare manier. Zorgverleners werden ook daar uitgenodigd hun ergernissen naar voren te brengen en in gezamenlijkheid te bespreken welke oplossingen er mogelijk zijn. Uit de reflectie die voortkomt uit het gebruik van dit soort instrumenten kan ook blijken dat bepaalde regels niet onderhandelbaar zijn, zoals het voorbeeld van een keer in de drie maanden wegen ook liet zien. Medicatieveiligheid is daar een ander voorbeeld van.

#### *Het maken van passende regels: stimuleren van reflectie*

Naast het overdenken van onzinnige regelgeving wordt er in de organisaties ook gezocht naar meer zinnige manieren om de kwaliteit te controleren of te verbeteren. Het kwaliteitsinstrument Beelden van Kwaliteit dat een van de zorgorganisaties gebruikt, is een manier waarop de kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt wordt maar wel op een radicaal andere manier dan eerdere kwaliteitsmetingen waar allerlei registraties bij kwamen kijken. Met dit systeem worden de aannames over goede zorg van zorgverleners, managers en betrokken stakeholders besproken naar aanleiding van observaties die op de werkvloer gedaan zijn. Het onderstaande voorbeeld gaat over een afdeling met zwaar dementerende ouderen. In de bespreking van de observatie valt het de panelleden op dat het zo vaak stil is op de afdeling. Worden er wel genoeg gesprekken gevoerd en activiteiten aangeboden? In het observatieverslag lezen we:

*Er zitten drie dames aan de tafel in de huiskamer. Ze dommelen wat of kijken voor zich uit. Het is stil in de huiskamer. In de andere huiskamer is niemand aanwezig. Op de gang loopt Meneer Grijs. Een aantal keer per dag rookt hij een sigaretje op het balkon. Willeke, een van de zorgverleners, zegt later: 'Het is hier erg rustig. De mensen willen niets. Ze zitten maar te zitten en voor zich uit te staren. Soms voel ik me wel schuldig en vraag ik me af of ik mijn werk wel goed doe. Maar we hebben al zoveel aangeboden. We deden elke vrijdag gym. Tot er een zei, ik kom niet meer. De keer daarop wilde niemand meer meedoen.' (observaties Beelden van Kwaliteit, observatie panel 18-1-2018)*

Bij het bespreken van de observatie in het panel wordt over deze observatie gevraagd voor wie de stiltes nu eigenlijk vervelend zijn. Het eigen normenkader 'er moet reuring zijn' wordt door de aanwezigen in het panel bevraagd. Later wordt dit als het thema 'Activiteiten, interactie en stilte' met het team besproken. Zij antwoorden daarop:



*Het is lastig om mensen te motiveren. Daar krijgen we vaak opmerkingen over. Mensen zijn moeilijk in beweging te krijgen. Soms willen we te veel, echt een activiteit is te veel. Daarom is de was doen of bloemen in een vaas doen al mooi. Of bloembollen in potten en vogeltjes doen, dan vragen ze de hele dag geen aandacht. Ze willen aan tafel zitten. Ze willen niets anders. Gezellig met mensen koffie drinken, of een liedje zingen. Is stilte erg? Nee, de mensen willen dat. We betrekken bewoners bij wat kan. Maar echt gaan koken met ze is te onveilig. Mensen ervaren het hier als een hotel. Een van de vrijwilligers die mee is met het team is ook mantelzorger, zij zegt: 'Mijn moeder had 15 kinderen. Zij wil niet veel meer zelf doen.'* (observatie Beelden van Kwaliteit, observatie bespreking met team 18-1-2018)

In Parkhuis, een ouderenorganisatie in Dordrecht, is een vergelijkbare verandering ingezet. Hier vormen spiegelgesprekken het centrale onderdeel van het kwaliteitssysteem. Naar aanleiding van deze spiegelgesprekken met familieleden en bewoners wordt gereflecteerd op en vervolgens gewerkt aan kwaliteit van zorg. Die spiegelgesprekken laten zien dat het belangrijk is het geluid van bewoners en familie te horen tijdens reflecties over kwaliteit van zorg. Dit geeft de zorgverleners een ander perspectief op hoe zorg in te richten. De bestuurder van Parkhuis vertelt over de verbeterpunten die zo naar voren kwamen rondom de verhuizing:

*Dat gesprek ging namelijk over de dag dat de familie hun vader of moeder hier komt brengen. Toen zei een familielid echt van: weet je, echt de zenuwen gieren door m'n keel. Die keel zit gewoon helemaal dicht. Ik weet niet wat ik moet verwachten. Ik ben eigenlijk nog nooit op zo'n afdeling geweest, ik weet niet waar ik mijn moeder achterlaat. De hele dag was al spannend en om twee uur verwachten jullie ons dan. En dan zitten we daar en dan komen jullie met zo'n pak papier. En dan moet het gaan over of de nagels gelakt moeten worden of dat er watergolven in het haar moet van m'n moeder, over de zorgleveringsovereenkomst of dat we wel of niet willen reanimeren; nou daar staat mijn hoofd helemaal niet naar. En toen onze medewerkers die ervaring aanhoorden, hadden ze echt zoiets van... dit hebben we ons nooit gerealiseerd. (bestuurder Parkhuis)*

Ruimte bieden op organisatieniveau komt neer op het mogelijk maken van reflectie en anders denken. Het is belangrijk platforms te creëren waar met elkaar over ergernissen gesproken kan worden en waar experimenterend gezocht kan worden naar andere manieren van werken. Op dit niveau is ook weer afstemming nodig met externe partijen, om zo verantwoording af te leggen over wat organisaties doen en om hun benodigde regelruimte te bewerkstelligen.

#### **4.3.4 Externe partijen: ruimte voor narratieve verantwoording**

Om de benodigde regelruimte te creëren als organisatie is overleg nodig met externe partijen. Deze partijen moeten hen de ruimte geven om te experimenteren en de zorg anders in te richten.

##### *Zorgorganisaties en externe partijen in gesprek over regelruimte*

In een bijeenkomst van *Radicale Vernieuwing* werden verschillende regels genoemd die instellingen overboord hebben gezet: geen schoonmaaklijsten meer invullen, geen HACCP, geen PDCA. Soms moeten zij hierover wel met de toezichthouder in discussie. Stichting NiKo heeft als organisatie de status van 'exoot' gekregen van het ministerie, ze mogen PVB-gefinancierd werken. Tijdens een experiment met het iPVB hebben ze laten zien dat de huidige zorgzwaartepakketten niet voldoende financiële middelen opleveren om de nodige kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Het mogelijk maken van deze nieuwe manier van werken vereiste veel werk, er zijn afspraken over gemaakt met onder andere de NZa, de IGJ en het zorgkantoor. Volgens de projectleider van het iPVB zijn er bij alle betrokken organisaties rebellen nodig om dit mogelijk te maken:

*Dat exootschap heeft heel erg geholpen, want daarin waren [namen van twee betrokkenen] de sterke diplomatieke krachten, die hebben binnen het ministerie en zo nodig bij de ZBO's gezegd dat dit een goede ontwikkeling was en dat zorgde ervoor dat het sneller kon verspreiden dan dat wij dat zelf hadden kunnen doen en ook dat we bij de ZBO's aan tafel kwamen om het daarover te hebben. Anders moest ik zelf langs de NZa van 'hallo' en dan van 'wie ben je, waarom en hoezo?' (projectleider)*

Deze andere manieren van werken hebben consequenties voor de rol van andere partijen en ligt daarmee gevoelig en kan ook weerstand opleveren. Tegelijkertijd zien we dat externe partijen reflecteren op hun eigen handelen en op de resultaten van dit handelen.

##### *Aanpassingen in werkwijze van externe partijen om ruimte te creëren*

Het reflecteren van externe partijen op hun handelen zorgt ervoor dat ze zelf regels kritisch tegen het licht houden. Zo zegt een projectleider van de NZa, die zich bezighoudt met het verminderen van de administratielast voor zorginstellingen, dat de NZa "in ieder geval niet de veroorzaker moet zijn" van

overbodige administratieve lastendruk. Hij geeft aan dat de NZa een eerste stap heeft gezet in het verminderen van de administratielast door de informatiestroom die ze van instellingen vroegen terug te dringen. Ze hebben de cyclus van verantwoording en controle vereenvoudigd door het instellen van maximumtarieven. De projectleider van de NZa legt uit:

*In het verleden stelden wij vaste tarieven vast, van elke zorgaanbieder. Van alle prestaties die er zijn werd de informatie van de volumes opgevraagd en de prijzen die afgesproken worden met zorgaanbieder en zorgkantoor, werden naar ons toegestuurd, werden door ons beoordeeld en door ons vastgelegd. Een vrij omvangrijk traject waar wij dus altijd van zo'n 1200 aanbieders iets van 400 regels uitvroegen om aangeleverd te krijgen, vóór het proces van echte levering van zorg kon gaan starten. Met de overstap naar maximumtarieven boden wij dus voor zorgkantoren en zorgaanbieders aan dat wij die hele informatiestroom niet meer nodig hebben. Als zij een tarief afspreken onder het maximumtarief, dan hoeven ze die hele stroom van gegevens niet naar ons te sturen. (projectleider NZa)*

Ook de IGJ veranderde zijn werkwijze wat betreft het toezicht op de ouderenzorg. De Inspecteur Generaal Ronnie van Diemen legde ons uit wat er veranderde:

*Wat we dus doen met die nieuwe methode is dat er geobserveerd wordt. Dus we observeren de interactie tussen een professional en de bewoners of multidisciplinaire overleggen. We komen onaangekondigd, het gaat gewoon in de dagroutine van welke zorg er op dat moment geleverd wordt. En dan observeren we. En vanuit dat observeren voeren we het gesprek van wat we zien en 'op welke manier zorgt u voor een overdracht, op welke manier hebben jullie dit met elkaar afgestemd?' En dan komt het gesprek en zie je ook uiteindelijk of dat ook op papier staat. (Inspecteur Generaal IGJ)*

#### *Het belang van passende verantwoording*

Er wordt gezocht naar nieuwe vormen van toezicht die organisaties meer ruimte geven. Tegelijkertijd moet er nog steeds verantwoording worden afgelegd over hun geboden kwaliteit van zorg. Van Diemen geeft aan dat verschillende thema's vragen om verschillende inspectiemethoden. Ook op dit niveau wordt benadrukt dat sommige dingen aangaande kwaliteit en veiligheid niet onderhandelbaar zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor bepaalde aspecten van het medisch-technisch handelen.

*Daarbij gaat het ook om basisveiligheid, dus af en toe zal er gewoon gevinkt moeten worden. Dus we zeggen altijd: sommige dingen moet je gewoon op orde hebben. En dan moet je ook*



*kunnen vinken. Dus afhankelijk van het onderwerp, maar als het over gedrag gaat, en dat vind ik het mooie van de slag die de inspectie heeft gemaakt, gedrag kun je niet vinken. (Inspecteur Generaal IGJ)*

Van Diemen vergelijkt de huidige stand van zaken in de ouderenzorg met hoe het rondom 2000-2005 was. Toen was die medische basiszorg nog niet op orde:

*Mensen die geen aandacht kregen. Decubitus, de open wonden. Dat soort zaken waren er toen. Dus er is toen heel sterk gewerkt aan gewoon de basis. Ten minste goede zorg leveren, veilige zorg. En dat waren dit soort elementen. (Inspecteur Generaal IGJ)*

Ook in de organisatie die regels had geschrapt en vervolgens onder verscherpt toezicht werd gesteld zijn de medewerkers doordrongen van het feit dat de zaken rondom medicatie strak geregeld moeten zijn. Aan het einde van onze observatie daar zegt een verpleegkundige bij het afscheid dat zij zo blij is dat de IGJ de nadruk heeft gelegd op die medicatieveiligheid en dat zij ziet dat er zoveel is verbeterd op dat gebied. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat hoewel de afgelopen jaren de basiszorg op orde is gebracht, de aandacht voor het welzijn van de bewoners in de ouderenzorg op de achtergrond is geraakt. Ook de toezichthouders hebben zich dit gerealiseerd en zijn hun werkwijzen meer gaan richten op het organiseren van leefplezier.

Ook zorgkantoren hebben hun aanpak gewijzigd. We spraken met twee zorginkopers van CZ, die vertelden dat waar de focus eerst op doelmatigheid lag en daarna op toegankelijkheid, dit nu als randvoorwaarden gezien worden. Waar het echt om gaat is kwaliteit, het welbevinden van de cliënt. De zorginkopers noemen het zorgkantoor een “*sparringpartner*” voor de zorginstelling: ze staan meer dan voorheen op één lijn. Hoewel er nog steeds een bepaalde machtsverhouding is tussen beide, is het doel: samen werken aan betere kwaliteit. Een zorginkoper legt uit:

*Wij snappen dat een keer een slechte review over lauw eten niet zegt dat de medische basisveiligheid niet op orde is. En de aanbieder snapt ook dat als zijn medische basisveiligheid niet op orde is, wat bijvoorbeeld uit een IGJ-rapport naar boven komt, dat wij daar iets mee moeten. Dan leggen we dat uit, zo transparant mogelijk: ‘ons belang is dat we goede zorg inkopen, op dit moment voldoet uw locatie niet aan ‘goede zorg’, hoe gaat u dat oplossen?’ En het tweede: ‘hoe kunnen wij daar bij helpen?’ En dan gaan we daar langs om gesprekken te voeren. Ze weten dat dat een hiërarchische verhouding is, of kan zijn, want ik kan zeggen ‘ik stop met betalen’, maar omdat ik mijn belang op tafel heb gelegd, is dat niet aan de orde.*

*Ik heb geen belang bij stoppen met betalen of belang bij alle cliënten uitplaatsen. Daar heeft die cliënt niets aan. Die cliënt heeft er belang bij, en daarmee ik als zorgkantoor, dat die zorg beter wordt. (zorginkoper CZ)*

Er komt dus deels meer ruimte om uit te leggen waar organisaties mee bezig zijn. Tegelijkertijd zijn er elementen van zorg waar 'als vanouds' verantwoording over moet worden afgelegd. Daarnaast richt het verantwoorden zich deels op andere elementen van kwaliteit van zorg dan voorheen. Naar aanleiding van het nieuwe kwaliteitskader is er bijvoorbeeld veel nadruk komen te liggen op leren. Zoals een respondent van de Kwaliteitsraad van Zorginstituut Nederland – dat het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg heeft vastgesteld – het verwoordt:

*Ik ben wel blij dat we dat leren verbeteren strak hebben opgeschreven. Dat vinden sommige mensen vervelend. Dat we echt hebben gezegd: er moet jaarlijks een kwaliteitsrapport komen, er moet jaarlijks een verbeterplan gemaakt worden. (...) dat we dat proces niet vrijblijvend hebben gemaakt, is denk ik wel goed. Terwijl anderen daarvan vinden: 'nou, dat past er niet bij'. Maar volgens mij past dat er juist wel bij. Strak zijn is onze lijn. Strak zijn op dat leren en dat veranderen en dat bruggen slaan, dat is niet meer vrijblijvend. Maar wat je dan leert, dat is vrijblijvend. (lid Kwaliteitsraad)*

Hoewel in het bovenstaande citaat aangegeven wordt dat niet alle organisaties blij zijn met deze verandering, kan dit wel op waardering van verschillende respondenten rekenen.

#### **4.3.5 De publieke opinie: neiging tot incidentenpolitiek**

Respondenten in zorgorganisaties merken dat er bij externe partijen verandering gaande is. Zowel zorginstellingen als deze externe partijen hebben daarbij echter te maken met de publieke opinie die de nieuwe werkwijze in de weg kan staan.

##### *De angst voor incidentenpolitiek*

Wat velen vrezen, is dat de publieke opinie zich tegen de nieuwe regelruimte keert, zo gauw er iets mis gaat. Een respondent van de NZa is zich bewust van dit gevaar:

*Je moet er met z'n allen achter staan. En dat als er een incident gebeurt, dat je je niet gelijk laat terugvallen. Stel dat een bepaalde controle net is veranderd en er komt een casus bij een zorgaanbieder waar iets mis is gegaan. Dat je dan niet gelijk de teneur weer krijgt van de publieke opinie 'nou wij moeten... dit is een risico en dan gaan we weer alles vast zetten via...' Dat is wel iets waar je voor moet waken. (projectleider NZa)*

Waar diverse respondenten aangeven dat '100 procent zekerheid' niet bestaat en er altijd afwegingen gemaakt moeten worden tussen veiligheid en kwaliteit van leven, verlangt 'de samenleving' die zekerheid volgens velen wel.

*En onze samenleving vindt dat vaak best lastig. En die hebben allemaal behoefte aan een paar simpele [oplossingen] dat past wel een beetje bij die oude wereld van kwaliteit waarbij ze op zoek gaan naar een hele specifieke scherpe schijnwerkelijkheid. Maar dat het schijnwerkelijkheid is interesseert ze niet. Ze willen liever een tastbare schijnwerkelijkheid dan een vage echte werkelijkheid. (lid Kwaliteitsraad)*

#### *De maakbaarheidsillusie*

Naast een schijnwerkelijkheid is er volgens deze respondent sprake van een maakbaarheidsillusie: mensen vinden het moeilijk om te accepteren dat het verblijf in het verpleeghuis een "lange en vervelende periode is die niet meer goed afloopt". Deze maakbaarheidsillusie wordt deels in stand gehouden door de instellingen zelf, zegt een zorgmanager. Bijvoorbeeld door wervende folders, waarin het leven in een verpleeghuis mooier afgebeeld wordt dan het is.

*De verwachting die je schept komt niet overeen met de realiteit, omdat die veel te rauw is en de mensen die ook niet altijd willen zien. Mensen die bij ons binnenkomen gaan dood, maar dat is heel lastig om op je foldertje te zetten. Dus je houdt het met z'n allen in stand en als je vervolgens niet aan die verwachting voldoet dan word je daar snel op afgerekend. (zorgmanager)*

Aan de ene kant gaat het in het publieke debat over ouderenzorg voortdurend over meer ruimte voor professionals en afstappen van afvinklijsten, aan de andere kant vragen burgers ook om garanties en zekerheid. Een manager merkt op dat we in Nederland steeds meer op de VS gaan lijken wat betreft de "I sue you" ('ik klaag je aan') mentaliteit. De programmadirecteur van *Radicale Vernieuwing* geeft

terecht aan dat organisaties het vertrouwen van externe partijen nodig hebben om *“nieuwe vragen te stellen en tot nieuwe oplossingen gekomen kan worden”*. Dat vertrouwen zou ook bestand moeten zijn tegen de roep om hard ingrijpen die in media en politiek vaak te horen is na incidenten. Zoals een manager zegt: *“We moeten ons niet laten leiden door incidenten, tenzij incidenten een trend worden.”*

#### **4.3.6 Het belang van verbinding: recoupling tussen de verschillende niveaus**

Hierboven zagen we dat het zoeken naar passende regels vraagt om reflectie over kwaliteit van zorg op verschillende niveaus. Bovendien werd duidelijk dat die niveaus met elkaar in verband moeten worden gebracht om iets aan het probleem van regeldruk te doen. In deze paragraaf gaan we nader in op het belang van deze verbinding en de manieren waarop deze tot stand kan worden gebracht.

##### *Regels als netwerken*

Verbindingen tussen de verschillende niveaus zijn nodig omdat regels als netwerken moeten worden gezien; netwerken waarin kennis samenkomt en waarin de betrokkenheid van verschillende partijen verknoopt is geraakt. Regels coördineren het handelen binnen en tussen organisaties. Organisaties vragen om regeldruk zelf aan te pakken voldoet daarom niet; het is een te complexe aangelegenheid geworden. Onderstaand citaat van een kwaliteitsmanager van een van de zorgorganisaties illustreert dit.

*Van Rijn [toenmalig staatssecretaris VWS] is toen bij ons op bezoek geweest begin januari. Toen hebben ze zo'n heel circus gehad vanuit Waardigheid en trots. Toen brachten we naar voren dat die administratieve lasten als heel zwaar worden ervaren. En Van Rijn deed toen een oproepje van maak dat dan ook maar eens inzichtelijk. Dus toen ben ik daar met een clubje mee bezig geweest. (...) En toen zijn we nog een of twee keer met dat groepje bij elkaar gekomen. We hebben toen geïnventariseerd waar volgens ons de knelpunten zijn. Maar we merkten toen dat het eigenlijk best wel heel diffuus is om organisatie-breed naar zo'n onderwerp als administratieve lasten te kijken. Want je verzuipt. Het is gewoon veel te groot, veel te breed. (kwaliteitsmanager)*

Dat het niet zo makkelijk is voor 'het veld' om iets aan regeldruk te doen bleek ook tijdens de landelijke schrapsessies van de VvAA. Een zorginstelling of een beroepsgroep kan wel van een regel af willen, maar die regel hangt vaak samen met het beleid van andere organisaties, met weer andere regels en

met sociale verhoudingen tussen de actoren in het netwerk. Een regel verwijderen betekent dan een heel netwerk veranderen. De projectleider die vanuit de NZa betrokken is bij het verminderen van administratielast vertelt dat zorgaanbieders aangeven dat ze iets moeten registreren voor de zorgkantoren, en dat de zorgkantoren weer het gevoel hebben dat ze dat moeten doen van de NZa. Een regel op één plek in het netwerk afschaffen betekent niet dat deze regel op een andere plek geen regeldruk meer oplevert. Het bestaan van deze netwerken wordt niet altijd onderkend en het vergt denkkraft en overleg om deze gordiaanse knopen te ontwarren. Maar ook al komt er niet direct een oplossing, de discussie en reflectie zelf zijn al nuttig:

*Los van of we het samen gelijk allemaal kunnen oplossen, dat in ieder geval die discussie erover kan ontstaan. Als iemand beweert dat de regeldruk wordt veroorzaakt door de wetgeving die er is, laten we erover discussiëren. (projectleider NZa)*

#### *Recoupling: samen naar oplossingen zoeken*

In de paragrafen hierboven zagen we verschillende voorbeelden van wat *recoupling* of herkoppeling wordt genoemd: manieren waarop discussies over kwaliteit van zorg tussen verschillende niveaus samen worden gebracht en samen naar oplossingen wordt gezocht (Bromley en Powell 2012; De Bree en Stoopendaal, te verschijnen). Deze recoupling is van cruciaal belang om iets aan het probleem van regeldruk te doen.

Recoupling is de oplossing voor het probleem van *decoupling* of ontkoppeling. Dit ontstaat wanneer medewerkers in verschillende lagen van de organisatie niet voldoende op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden en ervaringen. Het werk zoals dat wordt voorgesteld is anders dan hoe het daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Een gevolg kan zijn dat er beleid wordt ontwikkeld dat op de werkvloer niet praktisch blijkt te zijn, of er regels worden gemaakt die niet passen bij de dagelijkse zorgverlening. In die gevallen treedt vaak een proces op waarin ofwel regels worden genegeerd, of regels als doel worden gezien en niet meer als middel om goede zorg te bereiken. Recoupling betekent dat er juist aansluiting wordt gezocht en gevonden tussen de lagen van de organisatie of het systeem. Cruciaal daarbij is dat er echt gekeken wordt naar wat er op de werkvloer gebeurt, op een onderzoekende en niet op een belerende manier. Een digitale meldknop (zoals de Rode Knop of Kafkaknop) geeft daar de mogelijkheden toe, net als de reflecties die plaatsvinden naar aanleiding van Beelden van Kwaliteit of spiegelgesprekken. De voorbeelden van onnodige regeldruk die via deze

wegen naar voren komen zouden het management niet zo snel bereikt hebben zonder het instrument. Een kwaliteitsmedewerker die werkt met de Kafkaknop licht de koppelingsfunctie van het instrument toe:

*Het bereikte ons via een omweg dus dan ben je maanden verder. Soms blijven dingen ook maanden liggen en nu [met de invoering van de Kafkaknop] moet het opgepakt worden en wordt het ook opgepakt. Dat is voor medewerkers prettig. Er zit heel veel know how tussen de medewerkers. Zij moeten ermee werken, voorheen werd het top down bedacht en het is nu ook steeds meer de medewerkers laten meedenken. (kwaliteitsmedewerker)*

De knop werkt daarmee als een recoupling-instrument waarbij de kloof tussen beleid en uitvoering beslecht wordt.

Thematische werkgroepen, waarin medewerkers van verschillende afdelingen en in verschillende functies bij elkaar komen, hebben grotendeels hetzelfde doel als de meldknop: ze moeten er vooral voor zorgen dat diverse stemmen gehoord worden bij het ontwikkelen en implementeren van beleid. Managers en beleidsmedewerkers worstelen echter met hoe zij zorgverleners hierbij kunnen betrekken. Zij horen enerzijds medewerkers dingen zeggen als “*dat is allemaal op kantoor bedacht*” en “*het wordt ons opgelegd*”, en anderzijds, als zij vragen wie mee wil praten, dan willen er maar enkelen, en altijd dezelfde. Volgens een zorgmanager heeft dat er vooral mee te maken dat zorgverleners het als extra werk zien: de uren die ze daaraan besteden moeten ze op een ander moment weer inhalen. Het bottom-up meedenken is daarom niet voor iedereen aantrekkelijk of haalbaar. Werkgroepen zijn daarmee niet per definitie een manier om te herkoppelen: wat door de medewerkers in een werkgroep wordt bedacht, sluit niet automatisch aan bij de bredere behoeften en interesses van medewerkers op de werkvloer.

#### *Lerende netwerken: leren met aandacht voor contextgebondenheid*

Het herkoppelen van verschillende perspectieven gebeurt niet alleen *binnen* maar ook *tussen* organisaties. Dankzij het delen van lessen hoeven organisaties het wiel niet zelf opnieuw uit te vinden. Met dit doel zijn er ook verschillende lerende netwerken opgericht. Zo is er binnen *Waardigheid en trots* veel aandacht voor kennisdeling, bijvoorbeeld door het organiseren van congressen, bijeenkomsten, nieuwsbrieven en een website. Het netwerk *Radicale Vernieuwing* probeert ook het van elkaar leren te stimuleren.

*Bij dat soort bijeenkomsten hebben we de verschillende vertegenwoordigers uit de organisatie. Dus van de cliëntenraad, et cetera. Mensen komen met maximaal acht mensen naar zo'n congres toe, dan heb je toch al gauw 200 mensen. Enthousiasme is heel erg groot. Gedrevenheid is groot. Toen kwam ook de vraag van organiseer ontmoetingen tussen de projectleiders of kartrekkers of coördinatoren. Om met elkaar te bespreken: wat betekent dit nou voor mij, tussen de bestuurders, tussen de cliëntenraden? Wat betekent dit nou voor de manier waarop wij het gesprek voeren in de organisatie, met de bestuurder en de leidinggevende, met de specialisten ouderengeneeskunde en met de raden van toezicht? (coördinator Radicale Vernieuwing)*

Tegelijkertijd benadrukken respondenten de contextgebondenheid van de gekozen oplossingen. Zo zegt een beleidsmedewerker die een inspiratiedag van *Radical Vernieuwing* bijwoonde dat veel van wat ze daar hoorde “*of al bekend was, of niet van toepassing*” op haar organisatie. Manieren van werken en de oplossingen moeten passen bij de lokale context, benadrukt ook brancheorganisatie ActiZ:

*En natuurlijk moet je het in anders doen dan in Valkenswaard en in Amsterdam Oud-Zuid moet je het ook weer anders doen dan in Amsterdam-West, dat snappen we ook allemaal. Vandaar ook dat we pleiten voor diversiteit in het verpleeghuis. Niet dat iedereen alle wielen weer opnieuw moeten uitvinden, dat hoeft niet. Daar kunnen wij voor zorgen. (voorzitter ActiZ)*

Het gaat er dus niet om dat bepaalde instrumenten of bepaalde oplossingen overal moeten worden uitgerold. Lerende netwerken kunnen vooral helpen reflectie op gang te brengen binnen en tussen zorgorganisaties en andere partijen.

#### **4.3.7 Conclusie**

Op verschillende niveaus wordt geëxperimenteerd met het verminderen van regeldruk en het creëren van regelruimte. Om de experimenten van individuen, teams, organisaties en externe partijen tot een succes te maken, is het van groot belang dat de verschillende niveaus met elkaar in verbinding staan, zodat ze van elkaar weten wat ze doen en elkaar versterken in plaats van tegenwerken. We zien in veel organisaties dat deze *recoupling* tussen verschillende niveaus tot stand wordt gebracht, bijvoorbeeld door werkgroepen en digitale meldpunten die ideeën van de werkvloer ophalen en door



deelname aan lerende netwerken. Aandacht voor contextgebondenheid is hierbij belangrijk: wat op de ene plek werkt, werkt elders niet altijd, of op een andere manier.

#### 4.4 Nieuwe knelpunten

In paragraaf 4.3 zagen we dat er op alle niveaus gewerkt wordt aan het probleem van regeldruk om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarbij benadrukten we het belang van het koppelen van deze niveaus om tot passende regels te komen. Zorgorganisaties en andere partijen komen bij deze zoektocht ook met nieuwe knelpunten in aanraking. We gaan hier in deze paragraaf nader op in.

##### 4.4.1 De (ont)regelparadox: hoe het afschaffen van regels nieuwe regels oplevert

Paradoxaal genoeg zien we dat de strijd tegen bureaucratie ook kan leiden tot een toename van de ervaren regeldruk. We noemen dit de (ont)regelparadox.

##### *Zelfsturing leidt niet altijd tot minder regels*

Zelfsturing is een manier om meer regelruimte te creëren voor teams, zo beschreven we hierboven. Zelfsturing kan in de praktijk echter ook weer nieuwe regels opleveren die niet altijd functioneel zijn om persoonsgerichte zorg te leveren. Een van de teamleiders maakt dit met een voorbeeld duidelijk:

*Volgende week op 18 december is er een kerstdiner, de bewoners mochten daarbij ook iemand uitnodigen. Toen kwam er gisteren een medewerker bij me die vertelde dat ze er voor hebben gekozen om de bewoners te laten weten dat er op Eerste Kerstdag niemand van de familie mag mee eten, dan is het gewoon met het personeel en de bewoners van die dag. Dus dan zeg ik: 'waarom maken jullie deze keuze?' Zij vonden dat die mantelzorgers alles al bepaalden en dan ook nog het kerstdiner bepalen. Dat probeer ik wel ze erin te laten verplaatsen van 'oké, als jij dan alleen thuis bent en je partner is opgenomen en je mag niet komen met kerst, hoe vind je dat?' Dan gaan we dat gesprek aan: 'Waarom wil iemand hier graag zijn? Is dat een compliment voor jullie dat iemand hier graag wil zijn met kerst? Wat kan iemand die dag voor jullie betekenen? Kan zij jullie helpen met het kerstdiner? Of kan ze jullie nog werk uit handen nemen?' Gisteravond kreeg ik nog een mailtje van toch wel even fijn dat gesprek, want 'we zijn er toch wel anders over gaan denken.' (teamleider)*

Concluderend merkt de teamleider op:

*Dat vind ik ook wel typerend van die regeldruk. Dat je heel vaak in zorginstellingen ziet dat de medewerkers zelf dat soort regels gaan maken. Dit is echt wel van 'wij maken de regel wie er met kerst mogen zijn.' (teamleider)*

Bovenstaand citaat geeft ten eerste weer dat bureaucratie een inktvis is waaraan we niet gemakkelijk ontsnappen, maar die ons altijd weer in zijn tentakels kan vangen (Ten Bos 2015). Ten tweede zien we hier dat de teamleider onmisbaar is; zij kan het team een spiegel voorhouden. Bij zelfsturing is een andere manier van leidinggeven noodzakelijk: meedenken in hoe iets opgelost kan worden zonder het over te nemen.

#### *Nieuwe instrumenten brengen nieuwe regels met zich mee*

Het maken van nieuwe regels zien we ook terug bij meldknoppen. Tijdens het experimenteren met de digitale meldknop lopen betrokken medewerkers vaak tegen allerlei vragen op: Welke meldingen gaan over bureaucratie en welke niet? Wat doen we met verschillende typen meldingen? Wie pakt het vervolgens op? En hoe en wanneer wordt het teruggekoppeld naar de melder? Er is een zekere systematiek vereist, en er worden vaak (formele of informele) regels bedacht als antwoord hierop. In een tussentijdse interne evaluatie van de Kafkaknop zijn bijvoorbeeld de volgende adviezen opgenomen:

- *Criteria Kafka opstellen, op deze wijze komt er sneller besluit wel/geen Kafka.*
- *Het Kafkateam zijn de leden van de werkgroep kwaliteitsbewustzijn. In de werkgroep zal vanuit facilitair een collega aan de werkgroep worden toegevoegd, zodat alle disciplines vanuit de organisatie in het Kafkateam zijn vertegenwoordigd.*
- *De Kafkateamleden lossen geen vragen inhoudelijk op, Kafka meldingen worden uitgezet bij MT leden. Niet Kafka meldingen worden door de zorgmanagers opgepakt.*  
(Evaluatie Kafkaknop, november 2017)

Hieruit blijkt dat het gebruik van een knop op regeldruk te verminderen ook weer vraagt om regels voor het gebruik van die knop. Ook bij het iPVB zijn gaandeweg protocollen ontwikkeld. Maar het is nog steeds een zoektocht naar wat geregistreerd moet worden en wat niet. Aan de ene kant geven medewerkers aan dat als je welzijnsactiviteiten moet gaan registreren, de ervaren administratielast stijgt en spontaniteit afneemt. Aan de andere kant is een doel van het iPVB dat er meer aandacht komt

voor welzijn, en er daarom ook betaald wordt voor welzijnsactiviteiten; dat vraagt om enige vorm van registratie.

Ook werkgroepen, die bijvoorbeeld over cliëntgerichtheid gaan of over het vergroten van de eigen regie van de professional, vergroten op korte termijn de regeldruk van sommige medewerkers. “Uit een werkgroep komt natuurlijk ook altijd werk”, zegt een kwaliteitsmedewerker. Volgens een zorgmanager wordt er ook naar dergelijke regeldruk gekeken in de strijd tegen onnodige bureaucratie en in het garanderen van persoonlijke aandacht voor de cliënt:

*Werkgroepen, projectgroepen, noem maar op. Allerlei groepjes waar mensen samen komen en dat waren er in deze organisatie, ik meen iets van 120, veel te veel dus. Is allemaal tijd niet aan de klant hè. En daarvan hebben we nu, nou ja, je moet ergens beginnen, een reductie van 20 tot 30 procent gerealiseerd. Dat vind ik al heel wat, maar mag nog wel meer. (zorgmanager)*

Deze manager pleit ervoor dat voor elke nieuwe werkgroep die er wordt opgericht, minstens één andere wordt afgeschaft. Een beleidsmedewerker van een zorgorganisatie gaat een stap verder en stelt het hele idee van werkgroepen ter discussie.

*We zijn een heel werkgroep-gestuurde organisatie geweest. (...) We zijn een organisatie, we waren een organisatie die wel echt naar elke bal sprong die werd opgegooid. Als het gaat om regelgeving, maar ook over ideeën, innovatie, dat soort zaken allemaal. En daar ontstonden heel veel werkgroepen uit, heel veel overleggen. Om alles voor te bereiden en uit te bedenken en in te kaderen. Terwijl je eigenlijk veel meer naar een pragmatische ontwikkeling zou willen. Begin gewoon ergens. Probeer het van tevoren niet allemaal dicht te timmeren, maar zie, ga aan de slag. Kijk waar je tegenaan loopt en probeer dat op te lossen. (beleidsmedewerker)*

De projectleider van het iPVB noemt het een “menselijke neiging” om nieuwe initiatieven “dicht te gaan regelen”, om zo duidelijk te maken wat wel en niet mag: “ik heb [daar] op dit moment geen goed antwoord op, maar ik hoop dat we niet in een woud van nieuwe regeltjes terechtkomen”. Zoals Ten Bos (2015) al signaleerde: ondanks de breed gedeelde afkeer van regels lijken er steeds meer bij te komen. Deze in bestaande literatuur beschreven regelreflex wordt door veel van onze respondenten herkend.

*Regels als netwerken: het bedenken van nieuwe regels in de externe omgeving van zorgorganisaties*

De (ont)regelparadox is niet alleen zichtbaar binnen organisaties, maar ook in het onderling leren: de uitwisseling van ideeën binnen allerlei platformen die tot doel hebben regeldruk te verminderen kosten ook weer tijd en leveren werk op, waardoor de ervaren regeldruk juist weer kan toenemen. Tot slot speelt de paradox ook binnen verticale relaties. Zo leidt het extra geld dat naar de ouderenzorg is gegaan volgens sommigen weer tot strakkere controle:

*Wat dreigt is dat er een heel controle apparaat wordt gebouwd om te zien of wij die 2,1 miljard goed besteden. (beleidsadviseur ActiZ)*

Hoewel allerlei partijen druk bezig zijn met het verminderen van de regellast, bestaat ook hier de reflex om het afschaffen van oude regels gepaard te laten gaan met het bedenken van nieuwe.

*Bij heel veel overheidsnota's krijg je twee keer de tranen in de ogen. Die nota's zijn gemiddeld 50 pagina's. De eerste 45 pagina's krijg je tranen in de ogen van vreugde, want het gaat over kwaliteitskader, ruimte, eigenaarschap, pak het op, vul het in met cliënten, cliënten in de lead, enz., enz. Nou hoe mooi is de wereld? Lees je de laatste 5 pagina's, dan krijg je tranen in de ogen van verdriet, want daarin staat: regel 1, regel 2, rapporteren, format, landelijk uniform, zorgkantoren... dat staat haaks op elkaar. Dit is geen uitzondering, dat zie je dus heel breed. (voorzitter ActiZ)*

Regelruimte, zo lijkt het, leidt weer tot nieuwe regels, omdat de manier waarop met de verkregen ruimte wordt omgegaan toch weer verantwoord moet worden. De (ont)regelparadox laat ook weer zien dat regels netwerken zijn en dat het nooit (alleen) over de regels zelf gaat maar om de relatie die ermee wordt vormgegeven.

#### **4.4.2 Onbedoelde ontkoppeling: waar de link tussen niveaus niet gevonden wordt**

Tegelijk met allerlei initiatieven om management en werkvloer aan elkaar te koppelen, zien we in de organisaties dat er nieuwe werkwijzen of termen bedacht worden om de zorg persoonsgerichter te maken die niet direct aansluiten bij de beleving op de werkvloer. We bespreken enkele voorbeelden.

*Ontkoppeling: verschillende ideeën over persoonsgerichte zorg*

In een van de organisaties krijgen de zorgmedewerkers nieuwe uniformen. Er is voor grijs gekozen in plaats van wit, waarschijnlijk om de kleding een minder medische uitstraling te geven en het gevoel van huiselijkheid te vergroten. Maar een groot deel van de bewoners ziet slecht; voor de herkenbaarheid van de zorgverleners was wit juist een betere keuze geweest volgens een van de zorgverleners. Ze legt uit dat er bij dit besluit niet werd geluisterd naar signalen van de werkvloer:

*Nou, naar wie wordt er geluisterd? (...) Er moet een warme sfeer gecreëerd worden. Nou, hoe warm is het als mensen zich onveilig gaan voelen en zich de pleuris schrikken als wij langs komen denderen met onze bordeelslippers, zodat ze ons niet horen. En dat ze dan een windvlaag voelen. Hier op de afdeling hebben we twee bewoners met een gigantische visuele beperking die haast niet zien, die echt als je bij de één vraagt van: 'ziet u mij?' 'Ja, het is een schim, je hebt een wit jasje aan, dat zie ik.' Dus als ik straks bij haar zit met mijn donkere jasje aan, nou... (verzorgende)*

*Ontkoppeling: verschil in taalgebruik*

Op het gebied van taalgebruik wordt regelmatig een kloof ervaren tussen 'management' en 'werkvloer', ook bij beleid dat juist bedoeld was om de eigen regie van cliënt en professional te vergroten. Zo wordt in een van de organisatie niet meer gesproken van 'cliënten' of 'bewoners', maar van 'klanten', omdat 'cliënt' te veel een afhankelijkheidsrelatie met de professional zou suggereren – en daarmee te weinig aandacht voor eigen regie – en 'bewoner' niet van toepassing is op mensen die nog thuis wonen. Maar de term 'klant' heeft voor veel anderen helemaal niet zo'n positieve connotatie. Een lid van de 'klantenraad' (voorheen cliëntenraad) noemt de term "*verschrikkelijk*" en op de werkvloer lijkt de term ook niet ingeburgerd te zijn. Maar volgens een manager is dat een kwestie van wennen en is sturing van bovenaf hier gewenst ten behoeve van de klant:

*Dat is eigenlijk een soort bewustwording die wij telkens opnieuw creëren door maar te schudden (...) maar het gaat natuurlijk om die verpleegkundigen die de zorg doen op de vloer. Die moet denken: 'hé, betuttelen is niet meer de toon, ik moet gewoon de juiste vragen weten te stellen aan iemand'. (zorgmanager)*

Ook de naam Kafkaknop blijkt niet aan te sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep. Waar iedereen zich wel iets kan voorstellen bij een 'Rode Knop', is dat bij Kafka toch anders. Dat het doelt op schrijver Franz Kafka, die veelvuldig schreef over hoe mensen verstrikt kunnen raken in bureaucratie, is bij velen niet bekend. *"Ik weet niet waar al die afkortingen voor staan"*, zegt iemand. En een ander *"dat weet ik allemaal niet hoor, daar ben ik niet slim genoeg voor"*. Als symbool voor herkoppeling tussen management en werkvloer lijkt de Kafkaknop in dat opzicht niet helemaal geslaagd.

Een laatste voorbeeld gaat ook over taalgebruik, maar dan in een tevredenheidsvragenlijst die in een van de organisaties gebruikt wordt. De vragenlijst is volgens medewerkers te lang, maar vooral ook te ingewikkeld geformuleerd, waardoor bewoners het niet begrijpen. De volgende observaties van het afnemen van de vragenlijst door een zorgverlener bij een bewoner laat dit zien:

*'Door met de vragen', zegt Marieke, mevrouw komt weer terug rollen (mevrouw haakt tijdens het gesprek af en toe af en rolt dan een rondje in haar rolstoel in de kamer). Mevrouw snapt de vragen niet goed. Linda zegt ook dat vragen dubbel zijn en moeilijk te begrijpen zijn voor mensen, daar lopen ze veel tegen aan. Dat is echt vervelend, mensen kunnen er niet zo veel mee. (observaties, 16-2-2018)*

De doelstellingen van de organisaties – huiselijkheid, eigen regie van de cliënt en de professional, serieus nemen van cliënttevredenheid – komen in deze voorbeelden niet overeen met het middel dat ze daarvoor kiezen. Het is niet alleen belangrijk om signalen van bewoners en professionals serieus te nemen over gebrek aan keuze of het teveel aan regels, maar ook om de aanpak hiervan met hen af te stemmen, zodat ze zich herkennen in de werkwijzen en strategieën. Nu draagt het onbedoeld bij aan een gevoel van vervreemding en ontkoppeling.

#### **4.4.3 Conclusie**

Deze paragraaf laat zien dat het zoeken naar passende regels geen gemakkelijke opgave is en dat partijen daarbij tegen verschillende knelpunten aan kunnen lopen. Zo zien we een wens om grip te krijgen op nieuwe praktijken, waarbij soms weer gezocht wordt naar regels die regeldruk opleveren. Daarnaast leveren sommige gekozen instrumenten een mismatch op tussen verschillende niveaus waardoor er ook geen passende regels worden gevonden.

## 5. Conclusie

In dit onderzoek geven we antwoord op drie vragen. Ten eerste: *welke betekenis wordt in de ouderenzorg gegeven aan regeldruk?* Ten tweede: *welke problemen levert regeldruk op met het mogelijk maken van persoonsgerichte zorg?* En tot slot: *op welke manier kan regelruimte worden gecreëerd om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken en te voldoen aan de eis van publieke verantwoording?* In dit hoofdstuk beantwoorden we deze vragen, reflecteren we op de bruikbaarheid van de inzichten voor de praktijk en formuleren we thema's voor vervolgonderzoek.

### 5.1 Onderzoeksvragen

In deze paragraaf geven we antwoord op de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen.

#### *1. Welke betekenis wordt in de ouderenzorg gegeven aan regeldruk?*

Ons onderzoek heeft laten zien dat regeldruk veel verschillende ergernissen omvat (vgl. Meurs 2014). Ook werkdruk speelt daarbij een belangrijke rol. Werkdruk heeft impact op de ervaren regeldruk in de zin dat bij grote werkdruk administratieve taken al snel als extra last worden ervaren. Bovendien zorgt werkdruk ervoor dat belangrijke elementen van persoonsgerichte zorg, zoals het maken van een praatje of een wandeling, erbij inschieten. Hoewel er veel geld is vrijgemaakt voor de verpleeghuiszorg, geldt dat juist ingezet moet worden voor extra personeel om zo meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken, blijft werkdruk bestaan omdat ouderenzorgorganisaties moeite hebben om vacatures te vullen. Er is op dit moment onvoldoende geschikt personeel te vinden, wat maakt dat het probleem van werkdruk nog steeds gevoeld wordt. Zoals we hieronder laten zien ligt de oplossing voor het probleem van regeldruk echter niet bij meer personeel en meer geld voor de sector alleen. Het gaat ook om het anders organiseren van kwaliteit van zorg.

Vanuit de literatuur zagen we dat regeldruk ontstaat als regels niet functioneel worden bevonden voor het doel van de organisatie (Bozeman en Anderson 2016). Onze studie onderschrijft de conclusie dat er verwarring bestaat over de bron van regels. Er bestaat vaak het idee dat bepaalde regels van buiten zijn opgelegd, maar dat is lang niet altijd terecht. Zorgorganisaties en medewerkers zijn zelf ook een belangrijke bron van regels of de strikte interpretatie ervan. Dit betekent dus dat er vaak al meer mogelijk is in het creëren van regelruimte dan wordt gedacht.

Naast verwarring over de bron zien we ook verwarring met betrekking tot de functie van bepaalde



regels. Regels die als last worden ervaren zijn onder andere registratie in het kader van accreditatiesystemen, de hoeveelheid protocollen, administratie die gepaard gaat met het zorgleefplan, specifieke dagelijkse of wekelijkse registraties zoals de temperatuur van de koelkast, voedings- en ontlastingslijsten en het registreren van het gewicht van bewoners. Het is overigens niet zo dat respondenten deze regels allemaal als niet functioneel ervaren. Er wordt verschillend over gedacht en het niet-functionele zit hem ook vaak in de toepassing ervan. Respondenten benadrukken dat bepaalde registraties wel degelijk van belang kunnen zijn voor een individuele bewoner (bijvoorbeeld als de ontlasting een probleem is), maar dat dit niet zou moeten betekenen dat deze registraties altijd voor alle bewoners zouden moeten gelden. De focus op gestandaardiseerde registratie levert bovendien het probleem op dat zorgverleners niet meer nadenken over het waarom achter de regel, wat bijdraagt aan het verlies van de functie ervan.

## *2. Welke problemen levert regeldruk op met het mogelijk maken van persoonsgerichte zorg?*

Het belang van persoonsgerichte zorg is een thema dat zowel bij de respondenten binnen zorgorganisaties als daarbuiten breed onderschreven wordt. Aandacht voor 'kleine kwaliteit', kleine dingen in het dagelijks leven die een grote impact hebben op hun ervaren kwaliteit van leven en zorg, is daarbij belangrijk (Trappenburg et al. 2009). Persoonsgerichte zorg wordt vaak vertaald naar meer leven zoals thuis. Dat betekent dat de zorg zich meer zou moeten aanpassen aan wat mensen thuis gewend waren. Om dit te kunnen doen is het belangrijk dat zorgverleners bewoners goed observeren en waar mogelijk met hen en/of hun familie laagdrempelig in gesprek gaan over het leven van de bewoner en wat voor hen van belang is in de zorg.

Regels kunnen deze persoonsgerichte zorg in de weg staan. Ruimte voor individuele afwegingen is bij het leveren van persoonsgerichte zorg belangrijk. Strakke regels passen daar niet bij. Om zorg zoals thuis mogelijk te maken moet er dus kritisch naar regels worden gekeken. Dit betekent echter niet dat regels die leven zoals thuis in de weg staan altijd zomaar kunnen worden afgeschaft. Het samenbrengen van de twee elementen van het verpleeg-huis, het verplegen en het thuisgevoel, is geen gemakkelijk opgave en een bron van dilemma's voor zorgverleners. Deze dilemma's komen voort uit het feit dat zorgorganisaties verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van zorg voor alle bewoners. Dilemma's ontstaan als bewoners bijvoorbeeld wensen hebben die botsen met regels rondom veiligheid. Ook moeten er afwegingen worden gemaakt tussen wensen van verschillende

bewoners, omdat bepaalde wensen consequenties kunnen hebben voor andere bewoners. Dit geldt eveneens voor het omgaan met meer en minder eisende bewoners; moeten bewoners die meer vragen ook meer zorg krijgen dan bewoners die dat minder doen? Ook ideeën over goede zorg van familie, bijvoorbeeld met betrekking tot sociale normen, kunnen botsen met wat bewoners prettig vinden. Zorgverleners moeten met deze dilemma's omgaan onder vaak hectische omstandigheden waarbij zij snel moeten schakelen en taken moeten combineren. Dat is geen gemakkelijke opgave. Zij zouden daarin meer ondersteund kunnen worden. De kernvraag die achter de dilemma's ligt is: wat is nu precies goede kwaliteit van zorg en hoe dragen regels daaraan bij? Zorgverleners moeten ter plekke het goede doen. Reflecteren op hun handelen kan daarbij helpen. Echter die reflectiviteit is niet iets van zorgverleners alleen. Om tot het juiste handelen en tot passende regels te komen is reflectie op en tussen alle niveaus van belang. We gaan hier bij het beantwoorden van de volgende vraag nader op in.

### *3. Op welke manier kan regelruimte worden gecreëerd om persoonsgerichte zorg mogelijk te maken en te voldoen aan de eis van publieke verantwoording?*

Binnen zowel de bestudeerde zorgorganisaties als de externe partijen zagen we de zoektocht naar passende regels om meer persoonsgerichte zorg mogelijk te maken. Reflectie op wat goede kwaliteit van zorg is en hoe daar verantwoording over moet worden afgelegd is nodig op alle niveaus. Ten eerste op het niveau van individuen en teams binnen de organisaties. Hier spelen zogenaamde rebellen, personen of groepen die kritisch kijken naar de huidige praktijk, maar zich er niet van afkeren, een belangrijke rol om verandering op gang te brengen. Zij zijn niet tegen regels maar gaan op zoek naar passende regels en hebben de durf 'het normale' te bevragen (zie ook Bevan 2013; Bal et al. 2018). Ten tweede moet reflectie plaatsvinden binnen teams, waar zorgverleners met elkaar in gesprek gaan over dilemma's die ontstaan met betrekking tot kwaliteit van zorg. Op het niveau van de zorgorganisatie, ten derde, moeten daar de randvoorwaarden toe worden gecreëerd. Bovendien moet ook op dit niveau debat gevoerd worden over de kwaliteit van zorg en de regels die daarbij horen. Instrumenten als de Rode Knop of Kafkaknop en Beelden van Kwaliteit kunnen daarbij helpen omdat ze een platform bieden waarop deze reflectie kan plaatshebben. Ten vierde moet ook binnen externe toezichthoudende partijen, zoals de IGJ, zorgkantoren en NZa, die een bron kunnen zijn van ervaren regeldruk, deze reflectie plaatsvinden. Al deze partijen moeten daarbij omgaan met conflicterende eisen vanuit de samenleving. Dit ervaren verschillende respondenten als knelpunt. Hoewel zowel in het publieke als politieke debat de noodzaak tot regeldruk vermindering vaak

onderschreven wordt, bestaat er tegelijk de wens om risico's uit te bannen. En dit is juist waar het wringt. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin de kwaliteit van leven van bewoners beter wordt als hen meer bewegingsvrijheid wordt geboden, wat wel het risico op ongelukken vergroot. Een meer invoelend maatschappelijk gesprek over kwaliteit van zorg en de moeilijke afwegingen die daarbij horen, is dan ook noodzakelijk.

Reflectie is niet alleen van belang binnen de verschillende niveaus, maar juist ook daartussen. Op deze manier kan worden voorkomen dat er op het ene niveau regels worden gecreëerd die niet passen bij de ideeën van en ervaringen met goede kwaliteit van zorg op andere niveaus. Ook voor het schrappen van regels die niet functioneel worden bevonden is deze interactie van belang. Regels moeten gezien worden als netwerken; verschillende partijen hebben er ideeën over en belang bij. Dit heeft als consequentie dat er niet eenzijdig van kan worden afgeweken. Interactie tussen de verschillende lagen en partijen is noodzakelijk om tot een besluit of oplossing te komen. We beschreven deze interacties in dit rapport als het belang van *recoupling* ofwel herkoppeling tussen verschillende niveaus (Bromley en Powell 2012; De Bree en Stoopendaal te verschijnen).

Binnen deze interacties is ruimte voor verantwoording. Bepaalde registraties en streng toezicht op bepaalde praktijken kunnen daarbij een rol spelen, bijvoorbeeld in het geval van regels rondom medicatieveiligheid. Maar daarnaast moet verantwoording meer narratief worden gemaakt. Het gaat dan veeleer over het met elkaar in gesprek gaan over kwaliteit van zorg, het bevragen van routines en het uitleggen hoe en waarom er zo gewerkt wordt aan kwaliteit van zorg. We zien ook hier goede voorbeelden ontstaan in de praktijk. Het nieuwe kwaliteits- en toezichtskader voor de verpleeghuiszorg biedt hier bijvoorbeeld veel ruimte voor. Op deze manier wordt verantwoording meer reflectief en zo ook meer generatief: gericht op leren en het verder verbeteren van kwaliteit van zorg.

Hoewel we mooie voorbeelden zien in de praktijk waar bovenstaande elementen van experimentele sturing terugkomen, zien we tegelijkertijd dat deze manier van sturen geen gemakkelijke opgave is. Soms ontstaat er een mismatch tussen de verschillende niveaus en lukt het niet om een functionele koppeling te maken, wat frustratie en onbegrip oplevert. Ook zien we een (ont)regelparadox; hoewel ontregeling breed wordt onderschreven zien we een blijvende neiging om terug te grijpen op regels (Ten Bos 2015). Zo dreigen nieuwe initiatieven soms te verzanden in nieuwe regellijstjes, met de eerdere beschreven nadelen daarvan. Deze neiging zien we niet alleen terug in zorginstellingen. Ook in het recent gelanceerde programma kwaliteit verpleeghuiszorg *Thuis in het Verpleeghuis*:

*waardigheid en trots op elke locatie* wordt het belang van het tegengaan van regeldruk onderschreven. Tegelijkertijd worden er allerlei registraties voorgesteld om toezicht te houden op de kwaliteit van zorg, inclusief registraties om regeldruk te meten (Ministerie van VWS 2018).

## 5.2 Aanbevelingen en implementatie praktijk

Het zoeken naar persoonsgerichte zorg en passende regels is wijdverspreid in de verpleeghuiszorg. Dit zien we ook terug in de verschillende projecten die zijn uitgevoerd binnen *Waardigheid en trots* op het thema Regeldruk en Regelruimte ([www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl)) en binnen *Radicale Vernieuwing* ([www.waardigheidentrots.nl/themas/radicale-vernieuwing](http://www.waardigheidentrots.nl/themas/radicale-vernieuwing)). Binnen Waardigheid en trots zijn bijvoorbeeld verschillende instrumenten ingezet om reflectie te stimuleren (zoals spiegelgesprekken) en koppelingen te maken tussen verschillende partijen (zoals een communicatietool gericht op samenwerking met mantelzorgers, de ontwikkeling van een nieuwe hygiënecode voor kleinschalig wonen opgesteld door instellingen in samenwerking met het Voedingscentrum en convenanten tussen instellingen, gemeenten en zorgkantoren). Ook in het nieuwe programma *Kwaliteit Verpleeghuiszorg* van het Ministerie van VWS staat deze thematiek hoog op de agenda (Ministerie van VWS 2018). Ons onderzoek biedt verschillende lessen voor de verdere ontwikkeling van dit beleid.

1. Verschuif van een regelreflex naar een spiegelreflex. Om tot persoonsgerichte zorg en de daarbij behorende passende regels te komen is continue reflectie op kwaliteit van zorg belangrijk. Het stimuleren van reflectie op persoonsgerichte zorg en de passende regels die daarbij horen op alle niveaus hoort daarbij. Die passende regels kunnen juist helpen reflectie te ondersteunen (Van Loon et al. 2015). Erkenning van de complexiteit van het samenbrengen van het thuisgevoel en verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in het verpleeghuis is daarbij noodzakelijk. Daar horen regels bij, maar deze moeten functioneel zijn en de functie moet voor degenen die ermee moeten werken ook duidelijk zijn. Tegelijkertijd moeten regels blijvend ter discussie kunnen worden gesteld omdat inzichten kunnen ontstaan of de context zodanig kan veranderen waardoor regels hun functie (deels) verliezen.
2. Ga in gesprek met bewoners en familie om erachter te komen wat zij belangrijk vinden in hun leven en hun zorg. Ga er niet van uit dat je dat al weet omdat bewoners al langere tijd in de instelling verblijven. Naast gespreksvoering kan observeren een belangrijk hulpmiddel zijn. De ervaringen van de door ons onderzochte instellingen leert dat door deze gesprekken en



observaties nieuwe inzichten kunnen worden opgedaan die het mogelijk maken de zorg persoonsgerichter te maken.

3. Zorg voor een koppeling (*recoupling*) tussen niveaus om samen in gesprek te gaan over persoonsgerichte zorg en passende regels. Ons onderzoek laat zien dat waar deze stap gemaakt wordt er positieve ontwikkelingen zijn. Regels zijn netwerken en kunnen niet eenzijdig worden aangepast. Instrumenten als meldknoppen, observaties van de dagelijkse zorg en het in gesprek gaan daarover kunnen een belangrijke rol spelen bij het tot stand brengen van een koppeling. Met betrokkenheid van de verschillende niveaus kunnen regels worden aangepast of de verantwoordingsrelaties binnen een netwerk worden vereenvoudigd. Het gaat immers lang niet altijd om de regels zelf, maar om de wijze waarop ze worden gebruikt in verantwoordingsrelaties. Zorg ook voor betere digitale ondersteuning en vormen van rapportage die passen in de verpleeghuiszorg. Het is belangrijk dat de uiteindelijke gebruikers (zorgverleners) daarbij worden betrokken om deze aansluiting te vinden.
4. Koester rebellen: personen en groepen binnen organisaties die regels en de normale manier van werken ter discussie durven stellen. Ook dit is een belangrijke manier om verschillende niveaus aan elkaar te koppelen en manieren te identificeren om het anders te doen. Dit betekent niet kritiekloos ruimte bieden aan iedereen die het anders wil doen, maar daarover in gesprek gaan om zo positieve verandering op gang te brengen.
5. Vorm lerende netwerken, binnen en over de grenzen van de organisatie, waar lessen kunnen worden uitgewisseld. Daarbij hoort de realisatie dat er geen *one size fits all* oplossingen zijn die over de sector moeten worden uitgestort. Reflectie en *recoupling* moeten op een manier worden vormgegeven die past bij de lokale context. Partijen als de IGJ, ActiZ, de beweging *Radicale Vernieuwing* en het Ministerie van VWS kunnen een belangrijke rol spelen in het uitwisselen van lessen en het mogelijk maken van deze netwerken.
6. Maak verantwoording meer *narratief* (verhalend) en *generatief* (gericht op actief leren). Sommige (cijfer)registraties zullen van belang blijven. Daarnaast is het van belang om in gesprek te gaan over deze cijfers en meer in het algemeen over de kwaliteit van zorg en hoe daaraan wordt gewerkt binnen de organisatie. Experimenten met toezicht en de gesprekken met de toezichthouders kunnen daar mogelijkheden voor bieden (zie Stoopendaal 2016).

7. Bovenstaande behelst een meer experimentele manier van sturing (Oldenhof en Bal 2016). Daar hoort bij dat er ruimte geboden wordt binnen en aan organisaties om aan kwaliteit van zorg te werken. Daar hoort ook bij dat partijen leren loslaten. De sterk bestaande neiging om nieuwe processen weer vast te leggen in strakke regels moet worden onderdrukt. Dit betekent ook dat er een maatschappelijk debat moet worden gevoerd over de complexiteit van zorg in het verpleeghuis om zo ongewenste regelreflexen te voorkomen. Daarbij is vertrouwen tussen verschillende niveaus belangrijk. Het opbouwen van wederzijds vertrouwen helpt de regelreflex te voorkomen (Stoopendaal en Bouwman 2018). Het uitspreken van vertrouwen, wanneer dat verdiend is, kan het zelfvertrouwen van de actoren op de verschillende niveaus vergroten waardoor zij minder behoefte hebben aan de steun die regels bieden.
8. Werk aan werkdruk. Het tegengaan van werkdruk is een belangrijke randvoorwaarde om de in dit rapport centraal staande verandering mogelijk te maken. Belangrijk om te realiseren is dat andere manieren van werken zoals voorgesteld in dit rapport ook tijd kosten. Hoewel er verandering mogelijk is met de huidige personele bezetting zoals de voorbeelden in dit rapport aantonen, zien we ook duidelijk terug dat medewerkers dagelijks worstelen met werkdruk die hen in de weg staat om deze verandering optimaal vorm te geven. Dit vereist niet alleen geld voor verpleeghuizen, maar ook beleid om voldoende mensen te scholen en het werk aantrekkelijk te maken alsmede een betere samenwerking tussen instellingen en met de eerste lijn.

### 5.3 Verdere benodigde kennisontwikkeling

In deze paragraaf identificeren we tot slot de onderwerpen voor vervolgonderzoek die voortkomen uit onze studie.

1. Het werken aan meer persoonsgerichte zorg en passende regels is een kwestie van reflecteren en experimenteren. Aandacht voor de dilemma's die voortkomen uit het meer persoonsgerichte werken en het samenbrengen van kwaliteit en veiligheid van zorg en een gevoel van thuis, ofwel het samenbrengen van de twee elementen van het verpleeg-huis, is daarbij een kernpunt. Het is belangrijk om in vervolgonderzoek dit experimentele proces te volgen, om op die manier kennisuitwisseling in de sector mogelijk te maken. Dit geldt zowel voor experimenten van instellingen als van organisaties als de IGJ (te denken valt aan het

nieuwe toezichtskader verpleeghuiszorg en de nieuwe toezichtsinstrumenten die daarbij horen).

2. Lerende netwerken zijn een belangrijk onderdeel van experimentele sturing. Het belang ervan wordt ook benadrukt in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Gegeven dit belang maakt onderzoek naar wat de ervaringen met deze netwerken tot nu toe zijn en hoe ze het beste kunnen worden vormgegeven een noodzakelijk aandachtspunt voor vervolgonderzoek.
3. Het thema persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte is niet iets dat voorbehouden is aan de verpleeghuiszorg. Het is een thema waar de gehele zorgsector mee worstelt (zie [www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg](http://www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg)). Centrale lessen uit deze studie zullen ook voor andere sectoren gelden, zo concludeerden we ook na observaties van de nationale schrapsessies. De precieze problematiek en mogelijke oplossingen daarvoor zijn echter ook deels afhankelijk van de specifieke context van de sector. Onderzoek naar dit onderwerp in andere sectoren is daarmee van belang. De ouderenzorg buiten het verpleeghuis is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Zoals we in dit rapport al eerder constateerden verblijven ouderen steeds korter in het verpleeghuis omdat ze langer thuis blijven wonen. Dit maakt de kwaliteit van zorg thuis belangrijker en tegelijk complexer. Hier hebben zorgverleners te maken met regels, verschillende financieringsvormen en verantwoording naar vele toezichthouders en opdrachtgevers, die kwaliteit van zorg in de weg kunnen staan (Trouw, 9-12-2017). Hoe dit samenspel aan regelgeving werkt, welke problemen daarmee gemoeid zijn en hoe in deze situatie regelruimte gecreëerd kan worden zijn belangrijke vragen om te onderzoeken.
4. Er bestaan veel nieuwe plannen rondom het terugdringen van regeldruk en het bieden van meer persoonsgerichte zorg. Dat geldt ook voor de verpleeghuiszorg (zie het nieuwe programma kwaliteit verpleeghuiszorg *Thuis in het Verpleeghuis: waardigheid en trots op elke locatie*). Eerder identificeerden we al dat er tegelijkertijd nieuwe regels worden geformuleerd die nieuwe regeldruk dreigen op te leveren, bijvoorbeeld rondom verantwoording over de extra te besteden gelden. Onderzoek naar de effecten van de nieuwe plannen is nodig om te zien in hoeverre ze de benodigde reflectie stimuleren en daadwerkelijk een bijdrage leveren aan het persoonsgerichter maken van de zorg en het verminderen van regeldruk.



## Literatuurlijst

- Abma, T., A. Bruijn, T. Kardol, J. Schols and G. Widdershoven (2012). "Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations." *Bioethics* 26(1): 22-31.
- Anderson, J. and A. Bilfeldt (2016). "Action research in nursing homes." *Action Research* 14: 19-35.
- Arendts, G., T. Reibel, J. Codde and J. Frankel (2010). "Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews." *Australas J Ageing* 29: 61-65.
- Bal, R., A.M. Weggelaar, I. Wallenburg (2018) *Op zoek naar goede leefsystemen: Zorgrebellien en het doen van kwaliteit*, ESHPM, Rotterdam
- Banerjee, A., P. Armstrong, T. Daly, H. Armstrong and S. Braedley (2015). "'Careworkers don't have a voice:' epistemological violence in residential care for older people." *J Aging Stud* 33: 28-36.
- Bevan, Helen. 2013. "Rocking the boat and staying in it: how to succeed as a radical in healthcare." *A call to action*, 29 July 2013. <http://blogs.bmj.com/quality/2013/07/29/a-call-to-action-helen-bevans-blog/>.
- Bland, M. (2007). "Betwixt and between: A critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care." *J Clin Nurs* 16(5): 937-944.
- Bolmsjö, I. Å., L. Sandman and E. Andersson (2006). "Everyday ethics in the care of elderly people." *Nurs Ethics* 13(3): 249-263.
- Bozeman, B. and D. M. Anderson (2016). "Public policy and the origins of bureaucratic red tape: implications of the Stanford yacht scandal." *Administration & Society* 48: 736-759.
- Braithwaite, J. (2001). "Regulating Nursing homes: The challenge of regulating care for older people in Australia." *BMJ* 323: 443-446.
- Brewer, G. and R. Walker (2010). "Explaining variation in perceptions of red tape: a professionalism-marketization model." *Public Administration* 88: 418-438.
- Bromley, Powell & Walter W (2012). From Smoke and Mirrors to Walking the Talk: Decoupling in the Contemporary World, *The Academy of Management Annals*, 6:1, 483-530, DOI: 10.1080/19416520.2012.684462.
- Brown Wilson, C. (2009). "Developing community in care homes through a relationship-centred approach." *Health Soc Care Community* 17(2): 177-186.
- Bryant, M. and V. Higgins (2010). "Self-confessed troublemakers: an interactionist view of deviance during organizational change." *Human Relations* 63: 249-277.
- Chung, G. (2013). "Understanding nursing home worker conceptualizations about good care." *Gerontologist* 53(2): 246-254.
- Cook, G. and C. Brown-Wilson (2010). "Care home residents' experiences of social relationships with staff." *Nurs Older People* 22(1): 24-29.
- Custers, A. F. J., G. J. Westerhof, Y. Kuin, D. L. Gerritsen and J. M. Riksen-Walraven (2012). "Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents." *J. Aging Stud.* 26(3): 319-326.
- De Bree, M. and Stoopendaal, A. (forthcoming) De- and Recoupling and Public Regulation. *Organization Studies*.
- Flesner, M. (2009). "PersonCentered Care and Organizational Culture in Longterm Care." *Journal of Nursing Care Quality* 24: 273-276.
- Jerak-Zuiderent, S. (2013). *Generative Accountability. Comparing with Care*. PhD, Erasmus University.
- Jonas-Simpson, C., G. J. Mitchell, A. Fisher, G. Jones and J. Linscott (2006). "The experience of being listened to: a qualitative study of older adults in long-term care settings." *J Gerontol Nurs* 32(1): 46-53.

- Lopez, S. H. (2014). "Culture Change and Shit Work: Empowering and Overpowering the Frail Elderly in Long-Term Care." *Am. Behav. Sci.* 58(3): 435-452.
- Maurits, E., A. De Veer, P. Spreeuwenberg and A. Francke (2016). *Aantrekkelijkheid werken in de zorg* 2015. Utrecht, Nivel.
- McGilton, K. S. and V. M. Boscart (2007). "Close care provider-resident relationships in long-term care environments." *J Clin Nurs* 16(11): 2149-2157.
- Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijke vrijheid*. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2018) Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg: Thuis in het Verpleeghuis waardigheid en trots op elke locatie, *Ministerie van VWS*, Den Haag
- Mol, A., I. Moser and J. Pols (2010). *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld, Transcript Verlag.
- Næss, A., E. G. Fjær and M. Vabø (2016). "The assisted presentations of self in nursing home life." *Soc Sci Med* 150: 153-159.
- Nakrem, S., A. G. Vinsnes and A. Seim (2011). "Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study." *Int J Nurs Stud* 48(11): 1357-1366.
- Nivel, RIVM, Trimbos-instituut, VU/VUmc and Vilans. (2016). Verkenning van vraagstukken binnen deelnemende zorgaanbieders van Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen; in voorbereiding op het Kennisprogramma Waardigheid en Trots.
- Oldenhof, L. and R. Bal (2016). *Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteemen met experimentele governance. RV&S, Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- Palacios-Ceña, D., M. E. Losa-Iglesias, C. Gómez-Calero, J. M. Cachón-Pérez, M. Brea-Rivero and C. Fernández-de-las-Peñas (2014). "A qualitative study of the relationships between residents and nursing homes nurses." *J Clin Nurs* 23(3-4): 550-559.
- Parker, S. (2010). *The positive deviant. Sustainability leadership in a perverse world*. London and New York, Earthscan.
- Perry, B. (2009). "Conveying compassion through attention to the essential ordinary." *Nurs Older People* 21(6): 14-21; quiz 22.
- Persson, T. and D. Wasterfors (2009). ""Such trivial matters": How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes." *Journal of Aging Studies* 23: 1-11.
- Pols, J. (2004). *Good care enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. PhD., Universiteit Twente.
- Robben, P., R. Bal and T. van der Grinten (2012). *Overheidstoezicht door de Inspectie van de Gezondheidszorg*. Den Haag, WRR. 62.
- Ryvicker, M. (2011). "Staff-resident interaction in the nursing home: An ethnographic study of socio-economic disparities and community contexts." *J. Aging Stud.* 25(3): 295-304.
- Sabel, C. F. and J. Zeitlin (2012). *Transnational transformations: the emergence of experimentalist governance. The Oxford Handbook of Governance*. D. Levi-Faur. Oxford University Press, Oxford: 169-183.
- Singhal, A. and E. Bjurström (2015). "Reframing the practice of social research: solving complex problems by valuing positive deviations." *International Journal of Communication and Social Research* 3 1-12.
- Slettebø, A. (2006). "Empowerment in nursing homes: lessons for district nursing?" *Br J Community Nurs* 11(3): 115-118.
- Spreitzer, G. and S. Sonenshein (2004). "Toward the construct definition of positive deviance." *American Behavioural Scientist* 47: 828-847.
- Stoopendaal, A. (2016). *Al doende leren. Een essay over de experimentele zoektocht naar toezicht op zorgbesturing door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. EUR/IBMG, Rotterdam

- Stoopendaal A., R. Bouwman (te verschijnen) *Ruimte voor Vertrouwen: de dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg*, ESHPM/Nivel, Rotterdam.
- Svanstrom, R., A. Johansson Sundler, M. Berglund and L. Westin (2013). "Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care." *Int J Qual Stud Health Well-being* 8: 20603.
- Trappenburg, M. J., T. Schillemans and H. M. van de Bovenkamp (2009). *Clëntenraden en klantenfora. Handboek publieke verantwoording*. Den Haag, Lemma: 181-204.
- Trouw, 9-12-20017, Als het thuis niet meer gaat voor dementerenden, wacht de zorgval, [www.trouw.nl/samenleving/als-het-thuis-niet-meer-gaat-voor-dementerenden-wacht-de-zorgval~a83f41eb/](http://www.trouw.nl/samenleving/als-het-thuis-niet-meer-gaat-voor-dementerenden-wacht-de-zorgval~a83f41eb/)
- Ulsperger, J. and J. Knottnerus (2009). "Illusions of Affection: Bureaucratic Ritualization's Relation to Emotional Abuse and Neglect in Nursing Homes " *Humanity & Society* 33: 238 - 257.
- Ulsperger, J. S. and J. D. Knottnerus (2007). "Long-term Care Workers and Bureaucracy the Occupational Ritualization of Maltreatment in Nursing Homes and Recommended Policies." *Journal of Applied Social Science* 1: 52-70.
- Van de Bovenkamp, H. and A. de Bont (2016). *De puzzel die participatie heet*, een voorbereidende studie voor de RVS- conferentie 'De zorg van morgen: een waardevolle zorg'. Rotterdam, iBMG.
- Van de Bovenkamp, H., A. Stoopendaal, L. Oldenhof and R. Bal (2017). *Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte*. Rotterdam, iBMG.
- Van de Bovenkamp, H. M., A. Stoopendaal, L. Oldenhof, M. van Bochove and R. Bal (2017). *Regeldruk & Regelruimte*, ESHPM.
- Van Loon, E. (2015). *Reflexive Standardization and Standardized Reflexivity. Development and use of innovations in healthcare practices*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Loon, N. (2017). "From red tape to which performance results? Exploring the relationship between red tape and various dimensions of performance in healthcare work units." *Public Administration* 95: 60–77
- Van Rijn, M. (30 maart 2017). Kamerbrief: aanpak administratieve lasten WLZ. M. v. VWS. Den Haag
- Warren, D. (2003). "Constructive and destructive deviance in organizations." *Academy of Management Review* 28: 622-632.
- Weggelaar-Jansen, A. M., H. van de Bovenkamp and R. Bal (2016). "Zand in de kwaliteitsmachine. Overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg." *Medisch Contact* 15: 36-38.
- Westin, L. and E. Danielson (2007). "Encounters in Swedish nursing homes: A hermeneutic study of residents' experiences." *J Adv Nurs* 60(2): 172-180.
- Wilson, C. B. (2008). "Using relationships to develop practice that values the contribution of older people, families and staff." *Int J Older People Nurs* 3(4): 274-277.
- Wilson, C. B. and S. Davies (2009). "Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff." *J Clin Nurs* 18(12): 1746-1755.
- Wilson, C. B., S. Davies and M. Nolan (2009). "Developing personal relationships in care homes: realising the contributions of staff, residents and family members." *Ageing Soc.* 29: 1041-1063.
- [www.persoonsvolgend-budget.nl](http://www.persoonsvolgend-budget.nl) (geraadpleegd 03-04-2018)
- [www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg](http://www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg) (geraadpleegd 20-04-2018)
- [www.waardigheidentrots.nl/](http://www.waardigheidentrots.nl/) (geraadpleegd 23-04-2018)
- [www.waardigheidentrots.nl/themas/radicale-vernieuwing/](http://www.waardigheidentrots.nl/themas/radicale-vernieuwing/) (geraadpleegd 23-04-2018)
- [www.waardigheidentrots.nl/tools/tipszorgplan/?utm\\_source=flexmail&utm\\_medium=e-mail&utm\\_campaign=nieuwsbriefspecialzorgplanwaardigheidentrots19april2018&utm\\_content=tips+en+voorbeelden+voor+opstellen+zorgleefplan](http://www.waardigheidentrots.nl/tools/tipszorgplan/?utm_source=flexmail&utm_medium=e-mail&utm_campaign=nieuwsbriefspecialzorgplanwaardigheidentrots19april2018&utm_content=tips+en+voorbeelden+voor+opstellen+zorgleefplan) (geraadpleegd 20-04-2018)



Postbus 19188  
3501 DD Utrecht

Catharijnesingel 47  
3511 GC Utrecht

030 789 25 10  
[www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl)

 [www.twitter.com/waardigentrots](https://www.twitter.com/waardigentrots)  
 [www.facebook.com/waardigheidentrots](https://www.facebook.com/waardigheidentrots)  
 [www.linkedin.com/company/waardigheidentrots](https://www.linkedin.com/company/waardigheidentrots)



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport